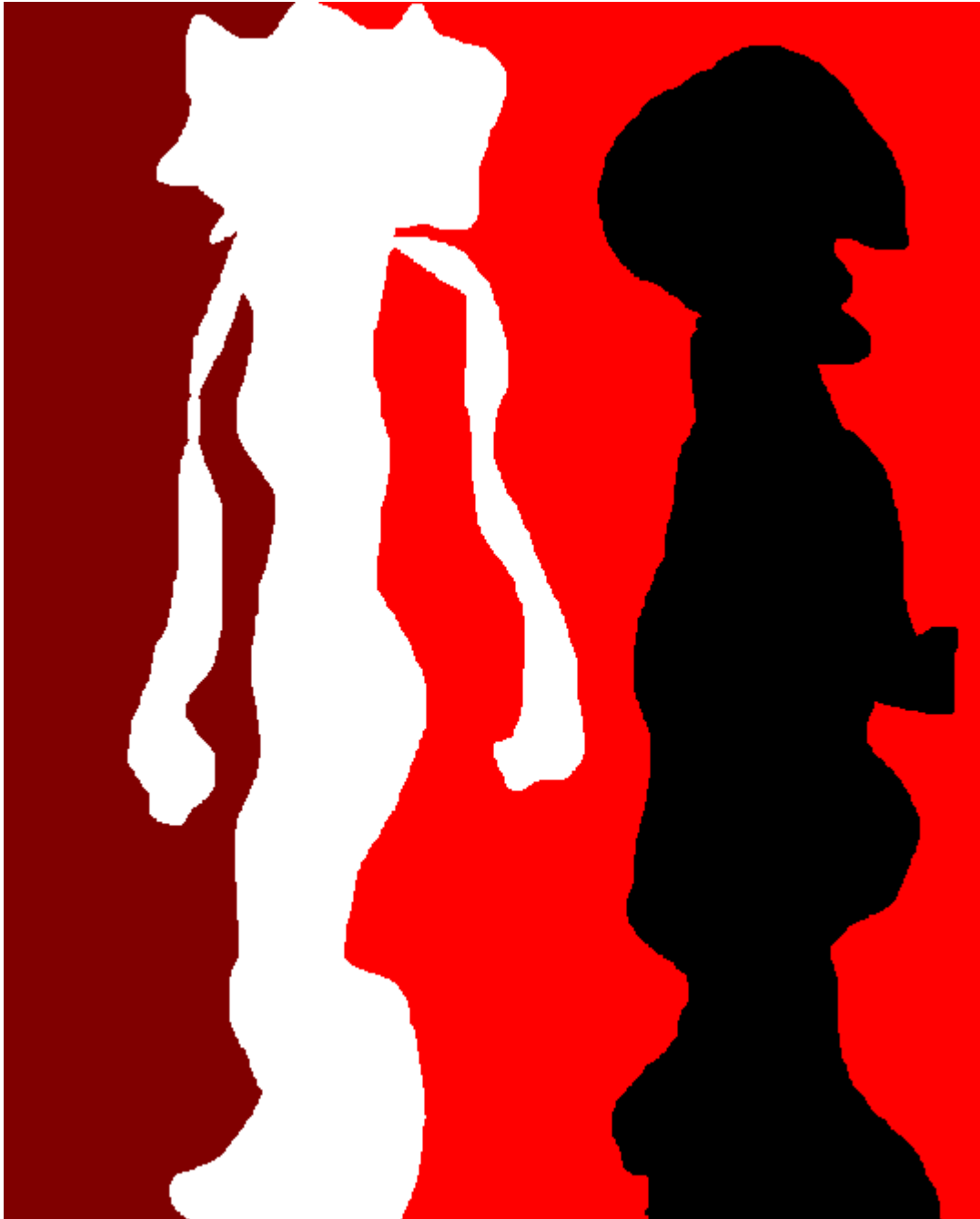


U vraagt, wij draaien?



© Dr.J.C.van der Stel

Drop-out in de verslavingspsychiatrie
in het licht van vraagsturing en vraaggerichtheid

Anneloes Bal, 0001759



Universiteit Utrecht





0. Inhoudsopgave

0. Inhoudsopgave.....	3
1. Voorwoord.....	5
2. Inleiding.....	7
3. Introductie & leeswijzer.....	9
4. Vraagsturing & vraaggerichtheid in de verslavingspsychiatrie: een kader	11
4.1 Inleiding.....	11
4.2 Vraagstelling.....	14
4.3 Verslavingspsychiatrie.....	15
4.4 Vraagsturing & vraaggerichtheid binnen de verslavingspsychiatrie.....	19
4.5 Conclusie & discussie.....	30
5. Onderzoekopzet.....	33
5.1 Probleemstelling.....	33
5.2 Doelstelling.....	33
5.3 Vraagstelling.....	34
5.4 Methode	34
5.5 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie.....	36
5.6 ASW-verantwoording.....	37
6. Resultaten / analyse.....	38
6.1 Onderzoeksgroepen.....	39
6.2 Organisatie van zorg.....	40
6.3 Toegankelijkheid van zorg.....	45
6.4 Informatievoorziening.....	47
6.5 Inhoud van de zorg / continuïteit in persoon.....	49
6.6 Waardering resultaat behandeling.....	55
6.7 Algemeen: evt. andere opmerkingen.....	56
6.8 Steun van netwerk.....	58
6.9 Mogelijk effect van telefoongesprek.....	59
6.10 Cohortstudie.....	60
7 Beantwoording deelvragen & hoofdvraag	63
7.1 Beantwoording deelvragen.....	63
7.2 Beantwoording hoofdvraag aan de hand van drie centrale thema's.....	70
7.3 Aanbevelingen.....	75
8. Algemene beschouwing.....	78
9. Dankwoord.....	80
10. Literatuurlijst.....	81
Bijlage 1: Criteria vraaggerichtheid.....	84
Bijlage 2: Voorwaarden voor de vormgeving en omgevingsfactoren van vraaggerichtheid ..	86
Bijlage 3: Voorwaarden voor het beperken van normatieve risico's.....	87
Bijlage 4: Vragenlijst completers.....	88



Bijlage 5: Vragenlijst drop-outs.....	90
Bijlage 6: Instemmingsformulier 1.....	97
Bijlage 7: Instemmingsformulier 2.....	98
Bijlage 8: Codeboek 2007.....	99
Bijlage 9: Codeboek totaal cohort.....	102
Bijlage 10: Codeboek drop-outs.....	105
Bijlage 11: Regio's.....	110
Bijlage 12: Verklarende woordenlijst.....	111
Bijlage 13: Tabellen cohortstudie.....	113
Bijlage 14: Uitkomsten enquête.....	116



1. Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van het onderzoek naar “drop-out in de verslavingspsychiatrie” dat ik afgelopen maanden heb uitgevoerd bij Centrum Maliebaan (verder te noemen: CMB). Tijdens mijn opleiding SPH heb ik een jaar lang stage gelopen bij een inloophuis voor daklozen en verslaafden. Gedurende dit jaar heb ik heel wat cliënten zien vertrekken richting de hulpverlening maar ook heel wat patiënten voortijdig zonder de juiste hulp terug zien keren. Bij mij rees de vraag of het beeld van het grote aantal patiënten dat onverrichter zake terugkeerde reëel was en wat de oorzaak van deze uitval was. De dynamiek en wispelturigheid van de doelgroep waren mij inmiddels wel duidelijk geworden maar dit kon (en kan) mij er niet van overtuigen dat passende hulp voor deze mensen hierdoor onmogelijk is. Na mijn SPH-opleiding heb ik achtereenvolgens het pre-mastertraject en de master van “Sociale vraagstukken: interventies en beleid” aan de Universiteit Utrecht gevolgd. In de aanloop naar de master heb ik mijn ogen goed de kost gegeven in het aanbod van afstudeeronderzoeken dat passeerde. Toen ik een onderzoeksvorstel zag met een vraag over de uitval van patiënten in de verslavingszorg heb ik dan ook geen moment getwijfeld en direct gereageerd. Deze reactie heeft geleid tot een samenwerkingsverband met het Juliuscentrum en Centrum Maliebaan en uiteindelijk geresulteerd in dit onderzoek.

Het onderzoek is niet altijd even makkelijk geweest. De uitvoering vereiste veel vasthoudendheid en doorzettingsvermogen om de als “onbereikbaar” bestempelde patiënten toch te kunnen bereiken en te interviewen. Dit is boven verwachting goed gelukt en daarom ben ik met dit eindresultaat meer dan tevreden. Voor mij is dit onderzoek een fantastische afsluiting van mijn opleiding geweest en ik hoop dat het zal bijdragen aan de verbetering van de zorg in Nederland.

Anneloes Bal
Juni 2008

De tekening op het titelblad is van de hand van Dr. Jaap van der Stel. Het is mij een eer om met toestemming van hem dit beeld van “man en vrouw” als aangezicht van mijn scriptie te mogen gebruiken.





2. Inleiding

Overmatig gebruik of misbruik van middelen levert allerlei klachten op, zowel voor de individuele patiënt als voor de maatschappij. Voor de patiënt valt hierbij te denken aan lichamelijke klachten, financiële problemen, relationele problemen en arbeidsproblemen. Het maatschappelijke probleem bestaat voornamelijk uit overlast veroorzaakt door criminaliteit en verstoring van het straatbeeld. Dit laatste kan leiden tot een verminderd gevoel van veiligheid bij de burger. Patiënt en maatschappij zijn dus gebaat bij een doeltreffende behandeling van de verslaving.

Een groot deel van de patiënten in de verslavingszorg rondt de behandeling niet doeltreffend af. Dit gegeven is niet voorbehouden aan de verslavingszorg: binnen de gezondheidszorg is uitval tijdens de behandeling een veel voorkomend verschijnsel. Op lange termijn valt binnen de totale gezondheidszorg (zowel de somatische als de psychische / psychiatrische zorg) gemiddeld 50% van de patiënten uit (Vermeire e.a., 2001). Ook binnen de verslavingszorg gelden dusdanige aantallen: het aantal patiënten dat voortijdig de behandeling verlaat is bij alcoholverslaving 47% en bij drugsverslaving 57% (de Weert-van Oene, G. 2000, p.4). Om de behandeling te optimaliseren is het zinvol om inzicht te krijgen in de mechanismen waardoor uitval veroorzaakt wordt. Op dit inzicht kunnen interventies worden afgestemd wat uiteindelijk kan resulteren in minder uitval en een betere behandeling.

De mechanismen die uitval veroorzaken, kunnen vanuit meerdere perspectieven worden bekeken. Zorgverzekeraars, hulpverleners, politici, patiënten: iedere groep beschouwt de behandeling vanuit zijn eigen invalshoek. Mogelijk heeft ook iedere groep zijn eigen ideeën bij het omgaan met en het terugdringen van uitval. In dit onderzoek heb ik me gericht op de invalshoek van de patiënten: in de hedendaagse hulpverlening nemen klantvriendelijkheid en cliëntgerichtheid namelijk een belangrijke plek in. Het heersende idee is dat het perspectief van de patiënt gekend moet worden om optimale hulp te kunnen verlenen (Kremer & Tonkens 2006). Dit idee sluit aan bij de opkomst van vraagsturing en vraaggerichtheid als hulpverleningsprincipes in de zorg (Bosselaar 2001).

Vanwege dit heersende idee zal ik me in dit onderzoek richten op het bestuderen van uitval binnen de verslavingszorg vanuit het perspectief van de patiënt. Hierbij zal ik me specifiek richten op no-show en non-compliant patiënten. De no-show patiënten zijn die patiënten die zich wel aanmelden maar vervolgens nooit op afspraken verschijnen (Meyer, W. 2004): in het geval van CMB melden ze zich wel aan voor behandeling maar verschijnen vervolgens



niet op het aanmeld- of intakegesprek¹. De non-compliant patiënten hebben wel een intake gehad maar besluiten later in het intake-traject of de behandeling om de hulpverlening voortijdig te verlaten. Officieel betekent non-compliance dat cliënten zich niet houden aan de voorschriften en gemaakte afspraken met de hulpverlener. Mogelijke vormen van non-compliance zijn het zich niet houden aan medicatievoorschriften of het niet opvolgen van voorgeschreven oefeningen. Op het moment dat een cliënt zich geheel onttrekt aan de behandeling nadat hier afspraken over zijn gemaakt, is dit ook een vorm van non-compliance. Ik zal me in dit onderzoek richten op de non-compliant patiënt die zich onttrekt aan het intake-traject en de andere vormen van non-compliance buiten beschouwing laten. Deze andere vormen staan namelijk niet direct in verband met uitval van patiënten. Ik kies voor de focus op no-show en non-compliant patiënten (samen omschreven als “drop-out”) omdat deze twee groepen patiënten op eigen initiatief eenzijdig de behandeling staken. Dit eenzijdig staken roept vragen op over de mate waarin de behandeling aansluit bij het patiëntperspectief. Hierdoor sluit de focus van het onderzoek aan op de perspectieven van vraagsturing en vraaggerichtheid waarbij het vertrekpunt is dat de vraag van de cliënt centraal gesteld dient te worden in zijn² behandeling (Tonkens 2003, p.27)(meer hierover in de literatuurstudie). Ook de hulpverleners kunnen besluiten tot voortijdige beëindiging van de behandeling. Dit is echter een andere invalshoek: ik heb voor dit onderzoek gekozen voor het perspectief van de patiënten en zal daarom in dit onderzoek dan ook verder geen aandacht besteden aan het perspectief van de hulpverleners.

Hieronder zal ik het kader en de leeswijzer van het onderzoek weergeven. Daarin zal ik de context van het onderzoek beschrijven, de manier waarop ik het onderwerp heb uitgevoerd en de wijze waarop ik de resultaten heb beschreven.

¹ Officieel gaat no-show bij CMB alleen om patiënten die niet op het aanmeldgesprek komen (dit is het eerste gesprek waarbij de patiënt lijfelijk aanwezig is), maar in het elektronisch patiëntendossier worden het aanmeld- en intakegesprek vaak onder dezelfde noemer geregistreerd. Vandaar dat ik er voor gekozen heb om in dit onderzoek voor de definitie van “no-show” deze twee gesprekken als één te behandelen.

² Aangezien de cliëntenpopulatie binnen de verslavingspsychiatrie voornamelijk uit mannelijke cliënten bestaat, heb ik er voor gekozen in dit onderzoek te spreken over “hij/zijn”. Daar waar “hij/zijn” geschreven staat kan ook “zij/haar” gelezen worden.



3. Introductie & leeswijzer

De data voor het onderzoek naar drop-out in de verslavingspsychiatrie heb ik verzameld bij Centrum Maliebaan. Centrum Maliebaan (verder te noemen: CMB) is een instelling voor verslavingspsychiatrie in de provincie Utrecht. CMB biedt hulp aan mensen die problemen hebben door het gebruik van alcohol, drugs, gokken en medicijnen. Daarnaast worden bijkomende psychische en psychiatrische problemen behandeld. CMB heeft twee poliklinieken waar patiënten zich kunnen aanmelden: een in Utrecht en een in Amersfoort. Ik heb beide poliklinieken in het onderzoek betrokken.

Zoals beschreven in de inleiding heb ik me in dit onderzoek gericht op het bestuderen van oorzaken van uitval van patiënten, ingekaderd in het perspectief van vraaggerichtheid. Ik heb me hierbij gericht op de uitval in het intake-traject omdat ik in een analyse van de cijfers van 2007 ontdekte dat de uitval in dit gedeelte van de behandeling bij CMB 45% bedroeg. Nergens anders in de behandeling is de uitval van patiënten groter dan in het intake-traject.

Het verloop van het intake-traject is als volgt:

- De patiënt wordt telefonisch aangemeld: dit kan ofwel door de verwijzende instantie gedaan worden ofwel door de patiënt zelf.
- In dit telefonische aanmeldgesprek worden twee data vastgelegd: een voor een aanmeldgesprek en een voor een intakegesprek.
- In het aanmeldgesprek (15 minuten) wordt kort besproken wat de hulpvraag van de patiënt is, of hij eerder in behandeling is geweest en wat de verwachting van de hulp bij CMB is.
- In het intakegesprek (anderhalf uur) wordt dieper ingegaan op de verslaving, mogelijke achterliggende problemen, bijkomende psychische ziektebeelden, leefomstandigheden, etc. Ook wordt hierin besproken wat de patiënt zelf voor hulp zou willen.
- Datgene wat besproken is in het intakegesprek wordt intern overlegd en vervolgens wordt er een behandeladvies opgesteld.
- Binnen zeven dagen na het intakegesprek vindt er een adviesgesprek plaats waarin de patiënt aangeeft of hij instemt met het gegeven advies.
- Daarna start de behandeling, al dan niet na plaatsing op de wachtlijst.



Ik heb afgelopen tijd bij CMB op drie manieren een specifiek cohort patiënten bestudeerd.

Ten eerste heb ik gedurende twee maanden de instroom en uitval van patiënten gevolgd. Patiënten die toestemming gaven voor deelname aan het onderzoek en vervolgens in het intake-traject uitvielen, heb ik opgebeld om te achterhalen waarom ze het intake-traject voortijdig hadden verlaten.

Ten tweede heb ik tien patiënten geïnterviewd die in deze periode het intake-traject succesvol, of in elk geval tot na het adviesgesprek, hebben doorlopen. Sommige van hen zijn nog in beraad over de vraag of ze akkoord gaan met het advies of staan op een wachtlijst voor een behandelplek (ik noem dit specifiek omdat dit er voor kan zorgen dat deze mensen uiteindelijk alsnog voor de behandeling uitvallen).

Ten derde heb ik een cohortstudie uitgevoerd waarbij ik kwantitatieve gegevens van de patiënten heb geanalyseerd met de vraag of bepaalde kenmerken van (groepen) patiënten een significante relatie vertonen met uitval.

Om dit onderzoek goed onderbouwd uit te kunnen voeren, heb ik eerst een literatuurstudie uitgevoerd naar vraaggerichtheid en verslavingspsychiatrie. Deze literatuurstudie staat beschreven in hoofdstuk drie. In hoofdstuk vier en vijf staat beschreven hoe ik het onderzoek precies heb uitgevoerd. De resultaten van het empirisch onderzoek staan in hoofdstuk zes en de conclusies van het onderzoek in hoofdstuk zeven. Tot slot bevat hoofdstuk acht een bredere discussie over de betekenis van mijn bevindingen voor de verslavingszorg en de verzorgingsstaat.



4. Vraagsturing & vraaggerichtheid in de verslavingspsychiatrie: een kader

4.1 Inleiding

Zoals ik in de inleiding van dit onderzoek heb aangegeven, heb ik voor dit onderzoek gekozen voor de focus op uitval van patiënten in de verslavingspsychiatrie vanuit het perspectief van deze patiënten. Door deze invalshoek te bestuderen, zoek ik de aansluiting bij de moderne zorgperspectieven van vraaggestuurd en vraaggericht werken. In dit theoretisch kader zal ik eerst kort beschrijven wat de ontwikkeling van deze perspectieven binnen de zorg is geweest. In de volgende paragraaf zal ik aangeven waar ik me in deze literatuurstudie verder op zal richten.

Vraaggestuurd en vraaggericht werken zijn belangrijke begrippen binnen zorg en welzijn. De opkomst en ontwikkeling van deze principes zijn tekenend voor de zorg in de afgelopen 40 jaar. In deze vier decennia heeft de verzorgingsstaat een transformatie ondergaan. In de 19^e eeuw was Nederland een zogeheten nachtwakerstaat. In de nachtwakerstaat legde de overheid de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de zwakkeren in de samenleving zo veel mogelijk terug in de maatschappij: sociale voorzieningen moesten in de maatschappij worden geregeld, de overheid zorgde slechts voor handhaving van de rechtsorde (Voerman 1989, p.104) In de maatschappij kon echter slechts heel basaal in de nood worden voorzien. In de jaren na de tweede wereldoorlog vond er een verandering plaats in de verstrekking van sociale voorzieningen. Door de opkomst van de industriële samenleving werden arbeid en productiviteit steeds belangrijker. Hierdoor ontstond er voor de overheid een noodzaak tot de ontwikkeling van een stelsel ter bescherming van haar burgers: de risico's die arbeid met zich meebracht, moesten ook gedekt worden (Schuyt 1976, p.73). Daardoor ontstond er een vorm van overheidszorg die het welzijn van de burgers collectief beschermde. Deze nieuwe vorm van overheidszorg staat beter bekend als de verzorgingsstaat. De zorg was in deze tijd aanbodgestuurd: de overheid bepaalde welke zorg beschikbaar was. In de jaren '70 kwam de verzorgingsstaat echter onder vuur te liggen. Daar waar bureaucratie en professionalisme tot die tijd als vooruitgang werden beschouwd, was de opvatting in de jaren '70 dat ze zorgden voor ongelijkheid. Professionalisme werd niet meer als iets vanzelfsprekends gezien: het begon symbool te staan voor betutteling (Meininger 2005, p.2). Ook bureaucratie werd bekritiseerd: het zou inefficiënt zijn, niet aangepast aan de complexe moderne wereld en zelfs contraproductief omdat het een afhankelijke en passieve houding beloonde (Meininger 2005, p.2). Zelfstandigheid paste niet in het bureaucratische idee. Maatschappelijk gezien betekende de toenemende vraag naar emancipatie van de burger een belangrijk omslagpunt.



Naast de maatschappelijke ontwikkelingen waren er ook technologische en demografische ontwikkelingen gaande. Er werden meer middelen ontwikkeld waardoor mensen langer leefden en een hogere kwaliteit van zorg aangeboden kregen. Deze middelen waren meestal duurder dan de oude middelen. Bovendien bracht ouderdom vaak een langdurige en specifieke zorgvraag met zich mee wat concrete afstemming op de individuele cliënt vereiste. Deze twee ontwikkelingen brachten hoge zorgkosten met zich mee waarbij het aanbod in veel gevallen niet meer aansloot bij de specifieke vraag van de individuele cliënt.

Maatschappelijke, demografische en technologische ontwikkelingen zorgden aldus voor een toenemende kloof tussen vraag en aanbod. Om de schaarse middelen binnen de zorg zo optimaal mogelijk te benutten, koos de overheid er voor om de zorg naar de markt te brengen. Het idee hiervan was dat de marktwerking zou leiden tot een optimale afstemming van vraag en aanbod. Een overweging van de overheid was om de wens van de mondige burger centraal te stellen en te realiseren op de neutrale en flexibele markt. Vraaggericht en vraaggestuurd werken kwamen hiermee onder andere voort uit de opkomst van de markt en de mondige burger (Tonkens 2003, p.29). De mondige burger werd de tegenhanger van de professional en de markt het alternatief voor de bureaucratie. Op de markt werd de vraag van de cliënt centraal gesteld en wordt niet ingegaan op het “waarom” van de vraag. (Overigens kende de overheid ook andere overwegingen voor het vermarkten van de zorg, maar vanwege de focus van dit onderzoek op vraagsturing en vraaggerichtheid zal ik hier niet verder op ingaan).

De opkomst van marktwerking werd gezien als alternatief voor bureaucratie. Het terugtreden van de overheid door deregulering en marktwerking zou een einde kunnen maken aan zowel de bureaucratie als de betutteling. Binnen de zorgverlening kan marktwerking zorgen voor een meer op maat gesneden oplossing voor de individuele cliënt. Omdat deze cliënt als volwaardig, rationeel en calculerend werd beschouwd (“de klant is koning”) en de markt de producent dwingt tot het creëren van een product dat kan concurreren met andere, soortgelijke producten was het idee dat de zorg kwalitatief beter, doelmatiger en goedkoper wordt (Meininger 2005, p.2).

Daarnaast heeft de emancipatie van cliënten binnen de maatschappelijke ontwikkelingen zoals deze hierboven staan beschreven een belangrijke plek ingenomen. In de jaren '70 en '80 zijn er enkele initiatieven ontplooid, gericht op de democratisering van de geestelijke gezondheidszorg. Er was op dat moment veel kritiek op de gevestigde orde en een toenemende vraag naar maatschappelijke betrokkenheid: de algemene mening was dat het belang en de voorkeur van de cliënt zwaarder zouden moeten meewegen in beslissingen die



werden genomen (Gilbert 2004, p. 22). Deze roep naar facilitering van inspraak en toenemende mondigheid van de cliënten stond in direct verband met de opkomst van vraaggerichtheid binnen de zorg. Bij vraaggericht werken draait de hulpverlening om de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt. De hulpverlener vraagt aan de cliënt wat deze als zijn probleem ziet en welke hulp hij zou willen ontvangen. Dit vergelijkt de hulpverlener vervolgens met zijn eigen visie waarna hij het probleem en de vraag vaststelt. Het kan ook zijn dat de hulpverlener zijn eigen mening opzij schuift en de cliënt nog centraler stelt: hij richt zich dan meer op de beantwoording dan de formulering van de vraag (RVZ 1998, p.14). De roep naar mondigheid heeft geresulteerd in deze vorm van inspraak op individueel niveau.

Concluderend kunnen vraaggestuurd en vraaggericht werken worden gezien als tegenhangers van aanbodsturing. Tot ongeveer de jaren '70 van de vorige eeuw bepaalde het aanbod de zorg, vraagsturing en vraaggerichtheid namen daarna de overhand. In paragraaf drie van deze literatuurstudie zal ik ingaan op de betekenis van en het verschil tussen deze begrippen. In het vervolg van deze literatuurstudie zal ik ingaan op de specifieke inhoud van vraaggestuurde en vraaggerichte zorg in de verslavingspsychiatrie.



4.2 Vraagstelling

In voorgaande inleiding op dit theoretisch kader staat de ontwikkeling van vraaggestuurd en vraaggericht werken binnen de gezondheidszorg beschreven. In deze literatuurstudie zal ik me gaan verdiepen in wat er vanuit onderzoeksliteratuur precies bekend is over de inhoud, wenselijkheid en mogelijkheden van vraagsturing en vraaggerichtheid binnen het specifieke veld van verslavingspsychiatrie. Ik zal in het vervolg van deze literatuurstudie dan ook ingaan op de volgende twee vragen:

- *Is vraagsturing in de verslavingspsychiatrie haalbaar en wenselijk?*
- *Is vraaggerichtheid in de verslavingspsychiatrie haalbaar en wenselijk?*

Ter beantwoording van bovenstaande vragen ben ik op zoek gegaan naar antwoorden op de volgende deelvragen:

1. Wat is verslavingspsychiatrie?
2. Wat is vraagsturing?
3. Wat is vraaggerichtheid?
4. Wat is het verschil?
5. Wat is bekend over vraagsturing in de verslavingszorg / psychiatrie / verslavingspsychiatrie?
6. Wat is bekend over vraaggerichtheid in de verslavingszorg / psychiatrie / verslavingspsychiatrie?
7. Wat is bekend over de toepassing van vraagsturing en vraaggerichtheid binnen de verslavingszorg / psychiatrie / verslavingspsychiatrie?

In het vervolg van deze literatuurstudie zal ik deze vragen gaan beantwoorden. Ook zal ik kort aandacht besteden aan de vraag of verslavingszorg thuishoort in de psychiatrie.



4.3 Verslavingspsychiatrie

In dit onderzoek heb ik me gericht op uitval van cliënten binnen de verslavingspsychiatrie in het licht van vraagsturing en vraaggerichtheid. Alvorens ik zal ingaan op de definiëring van “vraagsturing” en “vraaggerichtheid” zal ik eerst een korte inleiding geven op de ontwikkelingen binnen de verslavingszorg.

In de afgelopen jaren heeft er een omslag plaatsgevonden in de verslavingszorg. Tot 2001 was de visie van het Boumanhuis – een grote instelling voor verslavingszorg in Zuid-Holland en momenteel een van de koplopers in de ontwikkeling van verslavingspsychiatrie – dat *“verslaving een extreme vorm van afhankelijkheid is met uiteenlopende oorzaken en gevolgen”* (Wetering 2001, p.5). Deze visie sloot aan bij de algemeen heersende opvatting over verslaving als gedragsmatig probleem. In de jaren '70 was psychotherapie vanuit de leertheoretische visie populair en ook therapeutische gemeenschappen waren in opkomst. Deze bereikten echter een groot deel van de verslaafden niet: vooral de chronisch en ernstig verslaafden die sociaal en fysiek ernstig verzwakt waren, werden niet bereikt. De wetenschap ontwikkelde zich in deze tijd wel verder en uiteindelijk brak de tijd aan dat door alle nieuw opgedane kennis bovenstaande visie herzien moest worden. Verslaving als aangeleerd gedrag (met een behandeling op basis van het gedragsmatige model) bleek te beperkt te zijn (Wetering 2005, p.39):

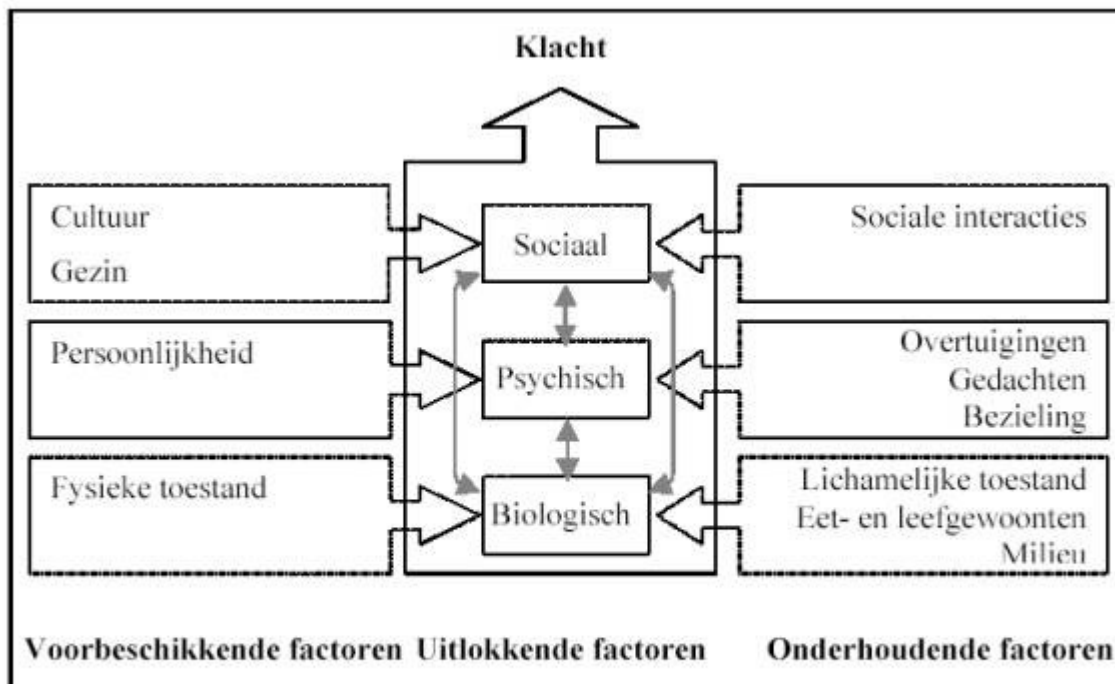
- Het gaf geen verklaring voor de aan verslaving ten grondslag liggende mechanismen
- Het verklaarde niet waarom de een wel en de ander niet verslaafd raakt onder gelijke omstandigheden
- Het was slechts deels in overeenstemming met onderzoek
- Het maakte niet voorspelbaar wie (on)geschikt was voor gedragstherapie
- Het gaf geen afdoende verklaring voor terugval
- Het ging voorbij aan comorbiditeit (dit houdt in dat er naast verslaving vaak sprake is van een psychische of psychiatrische stoornis)

Al met al was er dus kritiek op het beeld van verslaving als autonoom gedrag dat direct veranderd kon worden door interventies te plegen en waarbij niet werd gekeken naar onderliggende oorzaken. Uit onderzoek bleek dat verslaving ontstaat door een biologische component (nature) en ook door deze component in stand wordt gehouden (middelengebruik verandert de hersenstructuur), maar dat onder andere opvoeding en beschikbaarheid van het middel sterk medebepalend zijn voor de vraag of iemand al dan niet verslaafd raakt



(nurture). Verslaving is dus een kwetsbaarheid in de mens (genetisch / biologisch) die onder invloed van omgevingsfactoren tot expressie komt (Wetering 2001, p.9). Deze twee componenten vertonen een sterke interactie: iemand met een hoge kwetsbaarheid hoeft maar weinig storende omgevingsfactoren te ervaren om verslaafd te raken terwijl iemand met een lage kwetsbaarheid zich in een sterk verstorende omgeving moet bevinden om risico te lopen. Naast deze twee componenten is er nog een derde belangrijke component die de draagkracht en behandeling van patiënten sterk beïnvloedt en dat is de aanwezigheid van psychiatrische ziekten en persoonlijkheidsstoornissen. Concluderend wordt verslaving zowel veroorzaakt als in stand gehouden door een samenspel van psychologische, biologische en sociale factoren. De nieuwe visie van de verslavingszorg richt zich dan ook op deze drie facetten om kennis en behandelingen te ontwikkelen (Wetering 2001, p.11). Het doel is dat er binnen de verslavingszorg gebruik gemaakt wordt van een “evidence based bio-psycho-sociaal model”. Als bij verslaving slechts de lichamelijke kant wordt behandeld, blijft het probleem op de andere niveaus bestaan. Het is daarom essentieel dat de nieuwe visie van de verslavingszorg recht doet aan alle niveaus. Dit is gebeurd door verslaving in het psychiatrische kader te plaatsen. Deze ontwikkeling is de start geweest van de ontwikkeling van de verslavingspsychiatrie waarin gewerkt wordt aan de hand van boven genoemd bio-psycho-sociaal model. Dit model gaat er eenvoudig gezegd van uit dat het sociale, biologische en psychologische niveau van mensen parallelle processen vertonen. Als op het ene niveau een verandering plaatsvindt, kan dit vanuit het andere niveau bekeken en beschreven worden. Het model kent geen dominant niveau, wel kan voor een bepaalde interactie een specifiek niveau gekozen worden als er reden is om aan te nemen dat dit het meest effectief is. Vanwege de interactie van alle niveaus zal de behandeling ook integraal moeten plaatsvinden (Wetering 2001, p.9). Omdat door de opkomst van de verslavingspsychiatrie een verslaving meer als ziekte dan als gedragsstoornis wordt gezien, is de huidige trend dat er niet meer gesproken wordt van “cliënten” maar van “patiënten”. In het vervolg van mijn onderzoek zal ik daarom niet meer spreken van “cliënten” maar van “patiënten”.





(Bron: vrij naar van Houdenhove 2001)

De ontwikkeling zoals hierboven staat beschreven is een feitelijke weergave van de ontwikkelingen in de verslavingszorg. Ik wil nog kort ingaan op de vraag of verslavingszorg thuishoort in de psychiatrie. Op deze vraag valt geen eenduidig antwoord te geven. Dr. Jaap van der Stel heeft zich hier mee beziggehouden. Na een uitgebreide analyse van de ontwikkeling van verslavingen en de verslavingszorg kwam hij tot de vraag of verslaving een moreel of een medisch probleem is. Met een moreel probleem bedoelt hij een verschijnsel dat maatschappelijk gezien wordt afgekeurd, met een medisch probleem bedoelt hij dat verslaving een lichamelijke of psychiatrische stoornis is. Al sinds mensenheugenis wordt het gebruik van psychoactieve middelen moreel bekritiseerd, met name omdat het gebruik van deze middelen mensen en groepen direct kon bedreigen. Tegenwoordig wordt verslaving gezien als psychisch / psychiatrisch probleem omdat het het gevolg is van het gebrek aan zelfcontrole. Van der Stel omschrijft dit als een *“schadelijk dysfunctie van het gedragssysteem”* (Van der Stel 2004, p.15). De vraag die hij tevens stelt is of het zich niet kunnen houden aan morele waarden een vorm is van een psychische stoornis: dit zou namelijk kunnen duiden op een gebrek aan zelfbeheersing die maatschappelijke integratie bemoeilijkt. Moraal is immers een diepere menselijke eigenschap, een gebrek aan vaardigheden om zich moreel te kunnen voegen, zou een teken kunnen zijn van een psychische stoornis. Zoals Van der Stel het samenvat: *“immoraliteit is geen psychiatrische stoornis, maar een onvermogen om zich moreel te gedragen kan wel duiden op het bestaan van psychische stoornissen”* (Van der Stel 2004, p.17). Hij benoemt hier twee aspecten van

verslavingsgedrag die tamelijk los staan van elkaar: een tekort aan zelfbeheersing en een tekort aan integratievermogen. Gebaseerd op deze twee aspecten vallen vier groepen te onderscheiden (Van der Stel 2004, p.20):

1. Mensen die in staat zijn tot sociale integratie en zich kunnen beheersen ten opzichte van psychoactieve middelen
2. Mensen die moeite hebben met sociale integratie maar zich kunnen beheersen ten opzichte van psychoactieve middelen
3. Mensen die in staat zijn tot sociale integratie maar zich moeilijk kunnen beheersen ten opzichte van psychoactieve middelen
4. Mensen die moeite hebben met sociale integratie en zich moeilijk kunnen beheersen ten opzichte van psychoactieve middelen.

De laatste twee groepen zijn de groepen met verslavingsproblemen en lijken volgens bovenstaande redenering thuis te horen binnen de psychiatrie: gebrek aan integratievermogen en/of gebrek aan zelfbeheersing zijn psychisch van aard. Ze voldoen immers aan de drie voorwaarden waar een “stoornis” aan moet voldoen (Van der Stel 2004, p.159):

1. het verschijnsel is niet functioneel
2. het verschijnsel is schadelijk
3. het verschijnsel is een “*schadelijke dysfunctie van evolutionair gevormde menselijke potenties*” (in dit geval het gebrek aan moraal en daarmee het gebrek aan integratievermogen)

Ik sluit me aan bij de visie van Van der Stel waarbij ik eveneens aan het bio-psycho-sociaal model wil refereren: de aanwezigheid van deze psychische zwaktes zal bij de ene persoon eerder manifest worden dan bij de ander afhankelijk van andere biologische, psychologische en sociale factoren. Niet iedereen met deze zwaktes zal verslaafd worden, maar ik geloof dat verslavingsgevoeligheid vanwege deze aspecten in de aard aanwezig is.

Tot zover het gedeelte van deze literatuurstudie over de totstandkoming en inhoud van de verslavingspsychiatrie. Ik zal nu verder ingaan op de plek van vraagstelling en vraaggerichtheid binnen de verslavingspsychiatrie.



4.4 Vraagsturing & vraaggerichtheid binnen de verslavingspsychiatrie

4.4.1 Vraagsturing & vraaggerichtheid: inhoud en verschil

Zoals in de inleiding staat beschreven zijn de begrippen vraagsturing en vraaggerichtheid de laatste decennia ontstaan als tegenreactie op aanbodsturing (Bosselaar 2005, p.12). Over de inhoud van deze begrippen is nog steeds geen definitieve consensus, maar aangezien ze wel het vertrekpunt vormen van dit onderzoek zal ik op basis van de gevonden literatuur eerst tot een adequate begripsomschrijving proberen te komen.

In 2000 heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) op aanvraag van het ministerie van VWS een onderzoek uitgevoerd naar de plek van burgerschap en ondernemerschap in de zorg. De conclusie van dit onderzoek was dat de zorg inderdaad toe was aan een nieuwe vorm van aansturing. Deze vorm moest vanwege de benodigde flexibiliteit van de markt niet aanbod- maar vraaggestuurd zijn (RvZ 2000, p.7). Bij vraagsturing als breed begrip wordt de vraag van de cliënt als vertrekpunt genomen: hierbij wordt het aanbod gezocht of eventueel gecreëerd (Tonkens 2003, p.27). Deze vorm van zorg kent drie uitgangspunten (Mheen in: Bosselaar, 2002, p.119). Ten eerste zijn mensen (en patiënten) competent. Ten tweede kunnen deze competenties worden vergroot en ten derde is de patiënt een individu. In deze uitgangspunten staat de autonomie van de patiënt centraal.

De RVZ onderscheidt drie vormen van (het brede begrip) vraagsturing (Bosselaar 2005, p. 14):

1. Sturing van de vraag (in de aanbodregulering worden vraagelementen ingebouwd, de aanbodzijde is nog dominant aanwezig)
2. Sturing op de vraag (tussenpersonen, bv. verzekeraars, sturen namens de zorgvrager en zijn daarmee zowel aanbieder als vrager)
3. Sturing door de vraag (patiënt stuurt zelf, bv. door een PGB)

Dit onderscheid vormt de basis van de conceptualisering van de begrippen “vraagsturing” en “vraaggerichtheid” zoals ik deze in dit onderzoek zal gebruiken. Na publicatie van het onderzoek van de RVZ zijn diverse andere onderzoekers aan de slag gegaan met het nader specificeren van de deelbegrippen vraagsturing en vraaggerichtheid. Het verschil tussen vraaggestuurd en vraaggericht werken is voornamelijk terug te zien in het niveau waarop de focus op de vraag plaatsvindt.

Bij de bestudering van vraaggerichtheid wordt gekeken naar de begrippen “wants”, “needs” en “demands” (RvZ 2000, p.1). “Wants” zijn de subjectieve wensen van de patiënt die hij aan



de hand van zijn eigen normen opstelt. “Needs” zijn de objectieve behoeften die door professionals voor de patiënten worden vastgesteld. De term “demands” wordt gebruikt voor de subjectieve behoeften van de patiënt die zijn omgezet naar concrete hulp. Bij het omschrijven van vraaggerichtheid spelen deze drie begrippen een belangrijke rol: ze hebben alle drie een waarde in het vaststellen van de hulpvraag van de patiënt. De hulpverlening in Nederland wordt immers, naast patiëntgerichtheid, ook getekend door professionaliteit. Dit betekent dat naast het principe van marktwerking ook de professional nog een belangrijke verantwoordelijkheid heeft in de te leveren zorg. Hij dient aan te sluiten bij de patiënt zodat deze zijn hulpvraag kan formuleren waarna de professional vanuit zijn professionele standaarden de best passende hulp kan aanbieden. De patiënt heeft uiteindelijk het laatste woord. De RVZ heeft, naar aanleiding van deze redenering, de volgende begripsomschrijving van vraaggerichtheid opgesteld (RvZ 1998, p.13):

“Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.”

Vraaggerichte zorg vindt aldus plaats op het individuele niveau. Volgens Rijckmans e.a. sluit dit begrip aan bij “sturing van” en “sturing op” de vraag. (Rijckmans 2002, p.).

Vraaggestuurde zorg echter lijkt meer weg te hebben van sturing door de vraag. Economisch gezien wordt vraaggestuurde zorg gezien als het verschaffen van middelen aan de patiënt zodat deze producten en diensten kan aanschaffen. In de praktijk houdt vraagsturing in dat de zorg vraaggerichtheid optimaal faciliteert. De RVZ heeft de volgende definitie van vraagsturing (RvZ 1998, p.15):

“Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden. Vraagsturing is dus de facilitering van vraaggerichte zorgverlening.”

Dit wil niet zeggen dat er geen enkele vorm van sturing door het aanbod plaatsvindt, maar de nadruk ligt op de facilitering van de vraag van de individuele patiënt. Het gaat hierbij om de relatie tussen de organisatie en de patiënt: bij vraagsturing richt de organisatie zich op het institutionele niveau op de vraag van de patiënt en niet op zichzelf of de zorgverzekeraar (Diest, 2002, p.5).



Vraagsturing en vraaggerichtheid worden in de literatuur geregeld door elkaar gebruikt. Het containerbegrip “vraagsturing” lijkt alles te omvatten wat als tegenhanger van “aanbodsturing” gezien kan worden. Toch blijkt uit voorgaand gedeelte van de literatuurstudie dat vraaggerichtheid en vraagsturing wel degelijk verschillende begrippen zijn. De verwarring in gebruik zal ik in dit onderzoek trachten te voorkomen. Ik zal de twee begrippen in het vervolg dan ook apart behandelen.

4.4.2 Vraagsturing en toepassing in GGZ / verslavingszorg

Zoals hierboven staat beschreven, krijgt vraagsturing vorm op verschillende deelmarkten met verschillende actoren. De facilitering van de vraag van de patiënten vindt plaats op deze deelmarkten. De overheid wil burgers, zorgverzekeraars en lagere overheden mede verantwoordelijk maken voor de zorg zodat middelen efficiënter en doelgerichter zullen worden ingezet (RVZ 1998, p.9). Marktdenken is voor de GGZ/verslavingszorg echter wel een nieuwe ontwikkeling. De trend van hulpverlening leek eerder gestoeld te zijn op het principe van “bemoeizorg”: bij deze vorm van zorg wordt hulp geboden aan mensen die hier in principe zelf niet om vragen vanwege te ernstige problematiek. In Nederland is bemoeizorg voornamelijk terug te vinden in de zorg voor mensen met complexe verslavings- en/of psychiatrische problemen die moeilijk bereikbaar zijn voor de hulpverlening. Het feit dat deze mensen geen hulpvraag stellen, wordt meestal veroorzaakt door een gebrek aan ziektebesef, lijdensdruk of slechte ervaringen met de gezondheidszorg (Jongeleen 2003, p. 575). Bovendien is er een discussie gaande over de mate van autonomie van patiënten binnen de GGZ/verslavingszorg. “Autonomie” is geen eenduidig begrip: er zijn zeker twee belangrijke betekenissen te onderscheiden. De eerste is dat autonomie het recht van “non-interventie” inhoudt (Jongeleen 2003, p.577). In dat geval vormt bemoeizorg een rechtstreekse inbreuk op de autonomie van de patiënt. De tweede opvatting is dat er sprake is van autonomie “*wanneer hij (de patiënt) in staat is om zich te identificeren met wie hij door het toeval van het lot is geworden*” (Jongeleen 2003, p.577). In dat geval is bemoeizorg geoorloofd indien het de patiënt helpt om zijn leven weer op de rails te krijgen (om zich weer te identificeren met zichzelf). Het primaat van de hulpvraag hoeft hiervoor dan niet bij de patiënt zelf te liggen. Dit roept allerlei ethische en praktische dilemma’s op: wanneer is iemand niet meer in staat om “zich te identificeren met wie hij is” en wanneer mag er dan ingegrepen worden? Het is lastig te bepalen wat het belang is van ingrijpen in iemands leven en voor wie dit ingrijpen concreet van belang is. Hoewel dit interessant en relevante vragen zijn voor nader onderzoek, zal ik hier nu vanwege de focus van dit onderzoek niet verder op ingaan. In elk geval valt binnen de verslavingszorg te betwisten in hoeverre patiënten autonoom zijn. Is het de wil van de cliënt die spreekt of spreekt de “craving” (trek) naar middelen en overheerst dit de daadwerkelijke autonome wil van de patiënt? Deze vraag is in



dit onderzoek zeer relevant, aangezien vraaggericht werken uitgaat van competente en autonome cliënten. Het is nog maar de vraag of de cliënten in de verslavingspsychiatrie aan de criteria van autonomie voldoen. De definitie van verslaving is immers als volgt (Wetering 2001, p.22):

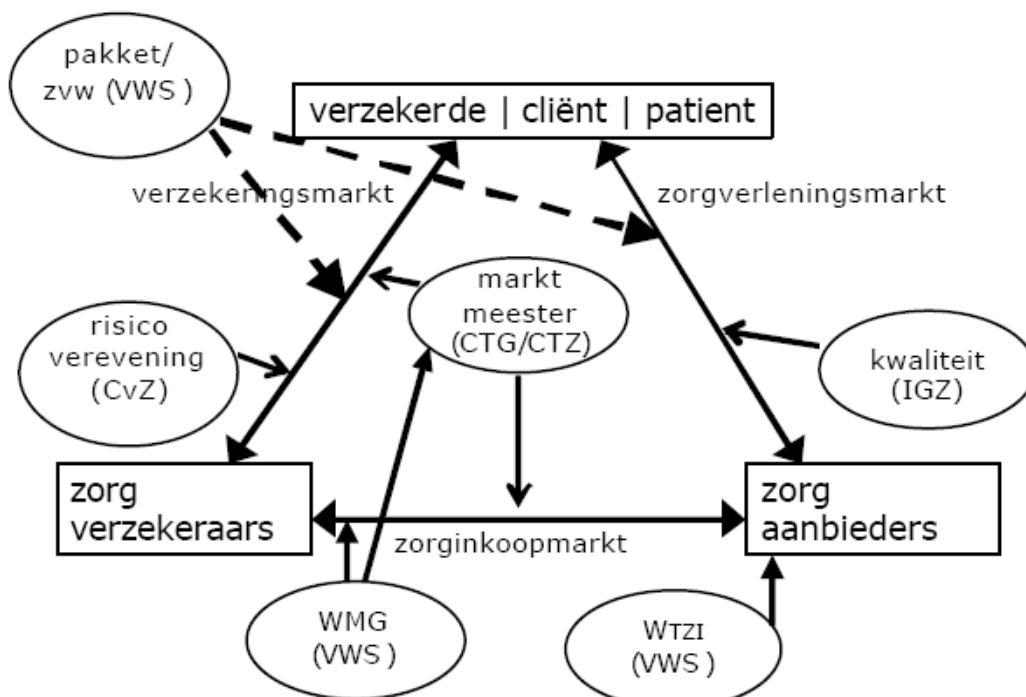
“Verslavingsziekte is een complex en progressief psychiatrisch syndroom leidend tot verlies van autonomie op gebied van emotie, denken en handelen. Afhankelijk van de gebruikte middelen heeft het tevens een voortschrijdende aantasting van de algemene gezondheidstoestand tot gevolg.”

Op het moment dat de problemen van deze mensen een onaanvaardbaar niveau bereiken (bijvoorbeeld doordat iemand zichzelf ernstig verwaarloost of zijn omgeving overlast bezorgt), is het vaak de omgeving die actie onderneemt en de hulpverlening inschakelt. Het principe van deze “bemoeizorg” lijkt haaks te staan op vraagsturing (Mheen 2002, p.119). Bemoeizorg gaat uit van onmacht en onkunde, vraagsturing gaat uit van autonomie van cliënten (en dus ook van het “eigen-schuld-dikke-bultprincipe”). In dit kader is de opkomst van de WGBO van belang. De WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst) is in 1995 ingevoerd en heeft als doel dat de patiënt goed en volledig wordt geïnformeerd door de arts zodat hij een weloverwogen beslissing over zijn behandeling kan nemen. Daarnaast kent de wet een toestemmingsvereiste: voor iedere geneeskundige behandeling is toestemming van de patiënt noodzakelijk (www.wgbo.nl). Door invoering van deze wet is de autonomie van de patiënt ook officieel vastgelegd. Na invoering van deze wet is de discussie op gang gekomen wanneer er ingegrepen mag worden zonder toestemming van de patiënt. Binnen de GGZ/verslavingszorg is dit een belangrijke discussie, aangezien er in deze sector geen consensus is over de mate van autonomie van de patiënt. De rechtspositie van de patiënt blijft vooralsnog aldus onderwerp van gesprek, maar tot nog toe wordt uitgegaan van autonomie van de patiënt. De hedendaagse trend van vraagsturing en vraaggerichtheid binnen de totale gezondheidszorg sluit aan bij deze autonomie. Zoals al eerder beschreven vindt de organisatie van de zorg bij vraagsturing plaats op de markt, wat in eerste instantie haaks lijkt te staan op de (autoritaire) organisatie van bemoeizorg. In de literatuur wordt echter een brug geslagen tussen deze twee vormen van zorg. Dit gebeurt door bij de overgang van bemoeizorg naar vraagsturing de nadruk te leggen op het vergroten van de competenties van cliënten (Mheen 2002, p.123). Om de autonomie van de patiënt te optimaliseren en daarmee vraaggerichte zorg (microniveau) te stimuleren, kan het geoorloofd zijn om in het uiterste geval de autonomie van de patiënt over te nemen. Het doel van deze vorm van bemoeizorg is daarmee het zo snel mogelijk teruggeven van de autonomie aan de patiënt zodat deze zijn rol als consument (weer) kan innemen. Hiermee



wordt bemoeizorg in dienst van vraagsturing gesteld (Mheen 2002, p.123) en de omschakeling gemaakt van bemoeizorg als belangrijkste hulpvorm naar vraagsturing. Daar waar vraagsturing en bemoeizorg haaks op elkaar lijken te staan, hoeft dit in de praktijk dus niet zo te zijn: zelfs het overnemen van de autonomie van de patiënt kan volgens deze redenering een vorm zijn van vraagsturing.

Om vraagsturing vorm te kunnen geven moet er een gedegen inzicht bestaan in de markt die bestuurd moet worden (RVZ 2004). Hierbij vallen diverse deelmarkten te onderscheiden. Op de zorgverleningsmarkt is de nieuwe trend dat patiënten hun eigen zorg kunnen kiezen en inkopen en deze niet meer standaard aangeboden krijgen. Op de zorgverzekeringsmarkt is het oude zorgstelsel van particuliere en ziekenfondsverzekeringen ingeruild voor een nieuw stelsel met marktprikkels. Op de zorginkoopmarkt is onder andere de WMG ontwikkeld. Zorgaanbieders moeten voldoen aan bepaalde prestatiecriteria en zijn ondanks de vrije prijzen wel gebonden aan maximumtarieven. Zorgverleners krijgen te maken met een grotere keuzevrijheid van de patiënt en zullen daarom moeten investeren in een betere informatievoorziening. Volgens VWS is de zorgmarkt nog volop in ontwikkeling: VWS spreekt momenteel dan ook van een transitie-model en nog niet van een uitgebalanceerde nieuwe markt (Pol 2005). Onderstaand model (Pol) geeft de veranderingen in de markten weer na invoering van marktwerking binnen de GGZ/verslavingszorg.



Voor de totstandkoming van het vraaggestuurde kader aan de hand waarvan de markten verder vorm kunnen krijgen, zijn in de studie “verslavingszorg herijkt geijkt” (Doornink, 2003) enkele concrete aanbevelingen gedaan. Op landelijk niveau moet er een integraal, meerjarig perspectief worden ontwikkeld voor de verslavingszorg. Op regionaal niveau moet er een platform van budgethouders en andere belanghebbenden komen die samen het beleid bepalen waarbij een budgethoudersoverleg de inzet van beschikbare middelen regelt. In 2000 is dit plan concreet in werking gesteld en is gestart met het op regionaal niveau organiseren van de verslavingszorg. Op ministerieel niveau is besloten dat het advies om verslavingszorg op landelijk niveau te organiseren niet wordt overgenomen, maar is organisatie op regionaal niveau wel aanvaard. Op regionaal niveau is in de uitvoering gebleken dat als het gaat om specifieke doelgroepen en problematieken de uitvoerende instanties elkaar goed weten te vinden, maar dat er nog veel moet gebeuren om de zorg ook goed te stroomlijnen. Dit vraagt om meer kennis van de zorg voor individuele verslaafden (Doornink 2003, p.5).

Volgens Kuijf (2005), toentertijd voorzitter van de Raad van Bestuur van de Griff verslavingszorg, is marktwerking binnen de verslavingszorg inmiddels een feit. Commerciële aanbieders doen goede zaken, maar voor cliënten en zorgaanbieders is het lastig om door de bomen het bos te zien: er is een overvloed aan instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg waardoor het lastig is om een concreet beeld te krijgen van de inhoud van het aanbod. Kuijf beweert dat de markt minder transparant is dan beweerd wordt en dat hierdoor onvolwaardige aanbieders teveel ruimte krijgen om ook hun product aan te bieden. Dit maakt de markt nodeloos ingewikkeld en ondoorzichtig. Weliswaar moeten in 2008 alle GGZ- en verslavingszorginstellingen HKZ-gekwificeerd zijn, volgens Kuijf garandeert dit algemene keurmerk niet dat de aangeboden zorg ook doeltreffend is. Hij pleit dan ook voor een specifiek inhoudelijk keurmerk voor de verslavingszorg waarbij verslavingszorginstellingen intensief samenwerken: dit zou de transparantie verhogen (hoewel samenwerking wel ten koste gaat van de markt). De visie van Kuijf geeft een belang weer van de zorgverleners: de aanbieders met inhoudelijk goede zorg hebben belang bij een transparante markt waar de louche aanbieders niet tot toe kunnen treden omdat de patiënt zicht heeft op de kwaliteit van de geboden zorg (Kuijf 2005, p.39). Zorgaanbieders zijn echter gebaat bij een niet al te transparante markt (dan kunnen ze te hoge prijzen vragen aangezien de patiënt deze moeilijk kan vergelijken met andere prijzen). Zorgverleners zijn er bij gebaat dat de markt niet compleet wordt geopend: het risico bestaat dan dat patiënten naar het buitenland gaan om daar goedkopere of betere zorg te krijgen. Daarmee wordt voor hen de concurrentie te hoog. De overheid is gebaat bij een markt waar de soorten (drugs)gebruikers duidelijk gegroepeerd zijn op basis van het middel dat ze gebruiken: door



dit onderscheid is de overheid beter in staat om aan te sluiten bij het justitiële kader van verboden en toegestane middelen. Zorgverleners zijn er juist weer bij gebaat dat patiënten worden gegroepeerd op combinaties van middelen of combinaties van middelen en stoornissen om op die manier de best passende behandeling aan te kunnen bieden. Alle actoren op de markt hebben hun eigen belang op de markt. De vraaggestuurde markt is aldus een feit waarbij er rekening mee moet worden gehouden dat alle betrokken partijen in de huidige ontwikkeling hun eigen belang uit zullen spelen. Opvallend hierbij is dat de patiënt in de literatuur niet als betrokken actor wordt genoemd, terwijl deze wel de kern zou moeten vormen van de vraaggestuurde en vraaggerichte zorg. Ik zal hier in het volgende hoofdstuk verder op ingaan.

4.4.3 Vraaggerichtheid en toepassing in GGZ / verslavingszorg

In 2002 heeft Van Diest in opdracht van het Trimbosinstituut een onderzoek uitgevoerd naar vraaggerichtheid in de GGZ. De primaire reden voor de uitvoering van dit onderzoek was dat er onduidelijkheid heerste over de concrete invulling van het begrip “vraaggerichtheid”. De onderzoeksvraag van dit onderzoek was: *‘Kunnen er concrete, operabele kerncriteria voor het begrip vraaggerichtheid worden geformuleerd?’* Een van de deelvragen hierbij was welke betekenissen er door verschillende partijen in de GGZ en verslavingszorg aan het begrip vraaggerichtheid worden gegeven.

In de inleiding van deze literatuurstudie staat de ontwikkeling beschreven van de toenemende mondigheid van patiënten in de GGZ en verslavingszorg. De emancipatie van patiënten is een belangrijke oorzaak geweest van deze toenemende mondigheid. Volgens Bauduin (2001) hebben de veranderingen in de GGZ dan ook tot doel ‘de emancipatie van psychiatrische patiënten tot volwaardige burgers te bevorderen’. Uitgangspunten hiervan zijn dat de patiënt een zekere mate van zelfstandigheid moet bezitten, dat de hulpverlener zich kan en wil verdiepen in de patiënt en dat instanties in de zorg met elkaar samenwerken (Van Diest 2002, p.19). Deze emancipatie sluit aan bij de rehabilitatiegedachte waarin rehabilitatie wordt gezien als een proces dat hulpverlener en cliënt samen aangaan en waarin ze op zoek gaan naar manieren om de patiënt een zo normaal mogelijk leven te laten leiden. Vraaggerichtheid is door de samenkomst van de emancipatie en de rehabilitatiegedachte een leidend thema in de GGZ geworden. De praktische uitvoering laat volgens Van Diest echter nog wel te wensen over. Zij noemt hiervoor verschillende oorzaken: personeelsgebrek, geldgebrek, onduidelijke regels en onvoldoende samenwerking. Met haar onderzoek heeft zij getracht om in elk geval in kaart te brengen hoe vraaggerichtheid er in de praktijk van de GGZ uitziet. Er zijn veel verschillende visies hierop en zij heeft getracht enige



mate van overeenstemming te vinden. In de resultaten van dit onderzoek staan enkele belangrijke punten:

- In navolging van de emancipatie is men het er over eens dat de vrijheden van de patiënt zo min mogelijk ingeperkt dienen te worden.
- Alle betrokken partijen zijn het er over eens dat patiënten rechtstreeks betrokken dienen te worden bij de invulling van de zorg.
- Niet alle patiënten willen of kunnen hun eigen zorgproces vormgeven, maar dat wil niet zeggen dat daar vraaggericht werken onmogelijk is. Het vormt slechts een “uitdaging” om deze mensen toch zo veel mogelijk te betrekken.
- De GGZ is niet vraaggericht ingesteld en er zal veel moeten veranderen wil dit wel het geval worden. Dit heeft gevolgen voor de organisatie, opleidingen en de financiering van zorg.

De dialoog tussen hulpverlener en patiënt is volgens dit onderzoek de kern van vraaggericht werken. Aangezien de wijze waarop deze dialoog wordt ingevuld en de manier waarop met randvoorwaarden wordt omgegaan geen vanzelfsprekendheid vormen, heeft Diest in de analyse van haar onderzoek een lijst met criteria opgesteld waar vraaggerichte zorg volgens de respondenten in haar onderzoek aan zou moeten voldoen. Deze criteria zitten in bijlage 1 van dit onderzoek bijgesloten en geven een kader aan de hand waarvan de mate van vraaggericht binnen een instelling bestudeerd kan worden. Ze zijn door Diest nog niet geoperationaliseerd maar kunnen al wel dienen als richtlijn voor de beoordeling van vraaggerichtheid.

Echter, de argumenten waarmee Diest wil aantonen dat vraaggerichtheid binnen de GGZ/verslavingszorg mogelijk en noodzakelijk is, zijn precies de punten waar de discussie rondom het al dan niet implementeren van vraaggerichte zorg om draait. Zoals hierboven bij de toepassing van vraagsturing al beschreven staat, is de kern van deze discussie de vraag in hoeverre cliënten in deze sectoren daadwerkelijk autonoom zijn en in hoeverre er dwang of drang toegepast moet worden. Om op vraaggericht niveau te kunnen werken, moet een cliënt immers wel autonoom kunnen handelen: dit is een uitgangspunt van vraaggericht werken. Op het moment dat een cliënt niet in staat is om op een objectieve manier naar zijn eigen situatie te kijken, is het volgens tegenstanders van vraaggericht werken ook niet verstandig om deze cliënt invloed te laten uitoefenen op deze situatie. Volgens deze tegenstanders is de abrupte overgang van bemoeizorg naar vraaggerichte zorg ten minste opmerkelijk te noemen, maar ook gaan er stemmen op die zeggen dat de overstap



onmogelijk is omdat vraaggerichte zorg vanuit het gebrek aan autonomie van de cliënten onmogelijk is. Deze opvatting sluit aan bij het uitgangspunt van het bio-psycho-sociaal model waarin een verandering op een van de niveaus (dus bijv. een verslaving op lichamelijk niveau) de andere niveaus aantast (wat kan leiden tot een verminderd denkvermogen en verminderd zelfinzicht). Het antwoord op de vraag of vraaggerichtheid al dan niet gepast is binnen de GGZ/verslavingszorg kan ik niet geven, wel is het duidelijk dat er hier sprake is van een spanningsveld. Aangezien er op vraaggestuurd niveau sprake is van facilitering van een vraag (waarbij ik nog in het midden laat of dat de vraag van de cliënt is of een andere vraag), zal ik, met bovenstaande kanttekeningen, er voorlopig in dit onderzoek van uitgaan dat vraaggerichtheid in de GGZ/verslavingszorg wél mogelijk is.

De reden dat ik de oorsprong van de gefaciliteerde vraag voorlopig in het midden laat is de volgende: vraaggerichtheid is de tegemoetkoming aan de wensen en verwachtingen van de cliënt. In de gepubliceerde onderzoeken over vraaggerichtheid in de GGZ is echter niet gekeken naar de concrete invulling van deze wensen en verwachtingen. Er wordt continu een kader geschetst waarbinnen deze invulling plaats moet vinden maar over de invulling zelf is weinig tot niets terug te vinden. Enig onderzoek is verricht naar de mening van middelengebruikers en verslaafden over het veranderen van de invulling van hun leven (door Ekendahl in 2007). De visie van patiënten ten opzichte van hun behandeling is in dit onderzoek echter buiten beschouwing gelaten. Zelfs bij het zoeken naar literatuur over het patiëntperspectief in de behandeling van middelengebruik kwam de patiënt zelf niet aan het woord. Op individueel instellingsniveau wordt met behulp van kwaliteitsmonitoren zo goed mogelijk gekeken naar de mening van de patiënt, maar op overkoepelend landelijk niveau heeft dit nog niet plaatsgevonden. Op andere gebieden (arbeidsintegratie, medische wetenschappen) is de implementatie van vraaggericht werken verder gevorderd dan binnen de GGZ/verslavingszorg. Onderzoek naar "*shared decision making*" in de klinische gezondheidszorg (Joosten e.a., momenteel alleen een review van beschikbaar) heeft aangetoond dat het betrekken van de patiënt in het behandelproces een significant positief resultaat levert ten opzichte van behandelingen waarin dit niet gebeurt. Dit resultaat is het grootst als patiënten in het gehele proces worden betrokken (en niet slechts bij één of twee korte-termijnbeslissingen). Tevens kwam naar voren dat uit twee andere onderzoeken bleek dat patiënten in de geestelijke gezondheidszorg die betrokken worden bij hun behandelproces, er een gezondere leefstijl op na zijn gaan houden dan patiënten die niet betrokken zijn.

De huidige stand van zaken op het gebied van vraaggerichtheid binnen de GGZ/verslavingszorg lijkt de volgende te zijn: het conceptuele kader is geschikt, risico's,



voorwaarden en mogelijkheden zijn in kaart gebracht. De praktische invulling zal de volgende stap moeten zijn op weg naar een vraaggericht zorgsysteem.

4.4.4 Gewenstheid van en voorwaarden voor vraagsturing & vraaggerichtheid in GGZ/verslavingszorg

Zoals hierboven beschreven staat, wordt beweerd dat zowel vraagsturing als vraaggerichtheid gewenste ontwikkelingen in de GGZ en verslavingszorg zijn. Vraaggerichtheid is gewenst vanuit de emancipatie en rehabilitatiegedachte, vraagsturing is gewenst vanuit de marktgedachte. Om vraagsturing en vraaggerichtheid in de praktijk te kunnen realiseren, moet aan bepaalde voorwaarden worden voldaan.

Kenmerkend voor de invulling van vraaggerichtheid zijn de regierol en de consumentenrol van de patiënt (Bosselaar 2005, p.28). Deze rollen houden in dat de patiënt de eigen regie over zijn leven voert en zich daarbij als consument opstelt. Door het versterken van de patiënt in deze rollen heeft hij meer zelfbeschikkingmogelijkheden. Deze toename aan mogelijkheden kan leiden tot (activering van) de zelfredzaamheid van de patiënt en een meer doelmatige behandeling. Het voeren van de regie door de patiënt zelf over zijn eigen leven (vraaggerichtheid) is kenmerkend voor de totale vraaggestuurde uitvoering van voorzieningen (vraagsturing). Voor de versterking van de patiënt in deze rollen zijn wel bepaalde aspecten waar aan gewerkt moet worden. Om de patiënt in zijn regierol te faciliteren, moet zijn autonomie bevorderd worden. Om de patiënt in zijn consumentenrol te faciliteren, moeten zijn keuzevrijheid en de responsiviteit van de leveranciers gegarandeerd worden (dat is het niveau van vraagsturing). Voor het bevorderen en garanderen van deze aspecten, moeten er voorwaarden worden gesteld aan de vormgeving en omgevingsfactoren van de vraagsturing (zie bijlage twee voor deze voorwaarden).

Deze voorwaarden voor de vormgeving en de omgevingsfactoren brengen echter normatieve risico's met zich mee. Sociaal beleid kent immers zijn eigen doelen. Deze doelen kunnen worden samengevat in drie basisbeginselen: gelijkheid, adequaatheid en billijkheid (Hilbert en Terrrel 1998, genoemd in Bosselaar 2005, p.35). "Gelijkheid" betekent dat sociale voorzieningen niet op basis van willekeur mogen worden toegekend. "Adequaatheid" betekent dat sociale voorzieningen een bepaald bestaansniveau moeten kunnen garanderen. "Billijkheid" betekent dat de sociale voorzieningen in een redelijke verhouding staan met wat de gebruikers van de voorziening aan de maatschappij toevoegen. De autonomie en keuzevrijheid van de patiënt en de responsiviteit van de zorgleveranciers kunnen op gespannen voet staan met deze beginselen (Bosselaar 2005, p.58 e.v.):



1. Op het moment dat autonomie van de patiënt wordt bevorderd, leidt dit vanzelf tot meer ongelijkheid tussen patiënten: ze gaan immers zelf hun zorg samenstellen en doen dat niet op dezelfde manier. Daarnaast kan onwetendheid van bepaalde patiënten of hun gebrek aan organisatorische capaciteiten er toe leiden dat zij minder gebruik maken van voorzieningen waar ze wel recht op hebben (risico van ongelijkheid).
2. Op het moment dat keuzevrijheid van de patiënt wordt versterkt, bestaat het risico dat patiënten geen adequate diensten vragen en dus niet aan die vereiste standaard komen. Ook kan het gebeuren dat ze bij een slechte leverancier terecht komen die hen niet biedt waar ze recht op hebben (risico van inadequaatheid).
3. Op het moment dat een patiënt meer keuzevrijheid heeft in de manier waarop hij zijn voorziening inzet, kan het zijn dat hij zo zuinig met bijvoorbeeld zijn uitkering omgaat dat hij het overige geld aan niet-relevante zaken uitgeeft. Ook kan hij het inzetten op kwalitatief goede maar dure zorg, waardoor hij niet alles krijgt wat hij nodig heeft.

Deze risico's maken vraaggerichtheid op microniveau en vraagsturing op het overkoepelende niveau echter niet onmogelijk, er is literatuur die het idee ondersteunt dat vraagsturing en vraaggerichtheid mogelijk gemaakt kunnen worden. In die literatuur worden ook voorwaarden voor het beperken van deze normatieve risico's aangedragen. Het gaat hierbij om de vormgeving van rechten en plichten, relevante omgevingsfactoren en de inrichting van de uitvoering van de zorg (zie hiervoor bijlage drie).



4.5 Conclusie & discussie

4.5.1 Beschouwing van bevindingen

Zoals ik in de inleiding van dit onderzoeksverslag heb beschreven, is de uitval in de verslavingspsychiatrie groot en is het van belang om deze uitval te minimaliseren (zie ook hoofdstuk vier voor de relevantie van het beteugelen van deze uitval). Om een beeld te schetsen van de omvang van deze groep: het aantal patiënten dat voortijdig de behandeling verlaat is bij alcoholverslaving 47% en bij drugsverslaving 57% (de Weert-van Oene, G. 2000, p.4). In dit onderzoek zal ik me richten op de vraag of de oorzaken van deze uitval te maken hebben met (het gebrek aan) vraaggericht werken. In deze literatuurstudie heb ik daarom onderzocht wat de plek van vraaggestuurd en vraaggericht werken binnen de verslavingspsychiatrie is.

Vraagsturing en vraaggerichtheid zijn ontwikkelingen die zichtbaar zijn binnen de hele zorg en ook binnen de GGZ / verslavingszorg. Bij vraaggerichtheid wordt er in een dialoog tussen hulpverlener en cliënt bepaald hoe er aan de hand van professionele standaarden tegemoet gekomen kan worden aan de wensen en verwachtingen van de patiënt (microniveau). Bij vraagsturing wordt er op institutioneel niveau gekeken hoe de vraag van cliënten gefaciliteerd kan worden. Het verschil tussen deze twee begrippen is daarom vooral zichtbaar op het niveau van uitvoering. Facilitering betekent in bestuurlijk perspectief dat er vanuit een hiërarchische aansturing wordt overgegaan naar een “decentrale, cliëntgerichte benadering”. Hierbij worden door de patiënt de volgende vragen in ogenschouw genomen: hoe pak ik mijn probleem aan, welke activiteiten ga ik verrichten, in welke volgorde en op welke termijn? Welke tegemoetkomingen en ondersteuning kan ik hierbij krijgen? (Bosselaar p.15) De cliënt bepaalt dus in feite of, hoe, wanneer en in welke vorm hij bepaalde voorzieningen wil gebruiken. De professional zorgt voor de diagnosestelling en de toekenning van deze voorzieningen, hij zorgt er voor dat de cliënt de juiste producten en diensten tot zijn beschikking krijgt. Hoewel vraagsturing en vraaggerichtheid complexe processen zijn, ook in de verslavingszorg, lijkt er wel consensus te zijn over het nut en de noodzaak.

Vraagsturing in de GGZ/verslavingszorg is inmiddels op regionaal niveau ingesteld op het principe van marktdenken. Er is sprake van circuitvorming in de zorg: losse instellingen staan meer met elkaar in verband waardoor er ook sprake zou moeten zijn van een meer overzichtelijke markt. Er zijn budgethoudersoverleggen waar aan de hand van de vraag de inzet van beschikbare middelen wordt bepaald. “De markt” is een samenspel van diverse actoren die ieder hun eigen belang nastreven. Daar waar zorgverleners gebaat zijn bij een transparante markt om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen, zijn zorgaanbieders



gebaat bij ruis op de markt zodat ze een hogere prijs kunnen vragen dan bij volledige transparantie. In het totale samenspel van actoren is het meest opvallend dat de patiënt, die de kern zou moeten vormen van de markt, in de literatuur niet als actor wordt genoemd.

Dit laatste punt (het ontbreken van de patiënt als actor) is niet eerder bestudeerd als mogelijke oorzaak van de uitval van patiënten in de verslavingspsychiatrie. Vraaggerichtheid in de verslavingspsychiatrie is in de literatuur vooral op beschouwend niveau bestudeerd. Er is gekeken naar voorwaarden en criteria waar zorg aan moet voldoen, wil er sprake zijn van vraaggericht werken. Om de risico's te vermijden die vraaggericht werken met zich meebrengt, zijn er kaders ontwikkeld aan de hand waarvan behandeling vorm kan krijgen. Binnen dit kader is echter de inhoud van vraaggericht werken niet ingevuld: het is niet bekend wat de redenen zijn die patiënten zelf aandragen voor hun afwezigheid bij gesprekken en eventueel het voortijdig beëindigen van het hulpverleningstraject. De visie van de patiënt (de inhoud van het vraaggerichte perspectief) ontbreekt. Uitval zou te maken kunnen hebben met dit (gebrek aan) vraaggericht werken.

Volgens de definitie in de literatuur wordt vraagsturing gezien als de facilitering van vraaggerichtheid. Het vraaggerichte perspectief is binnen de verslavingspsychiatrie echter niet eerder bestudeerd. Dit is opvallend aangezien het vraaggestuurde kader wel is ontwikkeld. Binnen de literatuur over vraagsturing wordt bovendien genoemd dat deze zorg nog niet goed gestroomlijnd is en dat kennis over specifieke individuele hulpvragen hierbij noodzakelijk is. Dit roept bij mij twee vragen op:

1. Wat vinden patiënten (in dit onderzoek specifiek de drop-outs) van de zorg binnen de verslavingspsychiatrie?
2. In hoeverre kan "vraaggestuurde zorg" ook daadwerkelijk een facilitering zijn van de vraaggerichtheid?

Beide vragen hebben een hoge relevantie: ze bevinden zich op het essentiële niveau van vraaggericht werken. De kern van vraaggericht werken is het kennen van het patiëntperspectief. Met die kennis kan gebouwd worden aan een systeem waarin deze vraag zo optimaal mogelijk gefaciliteerd kan worden (het vraaggestuurde perspectief). De tweede vraag kan pas beantwoord worden als het antwoord op de eerste vraag bekend is. Ik zal me in dit onderzoek dan ook gaan richten op het beantwoorden van de eerste vraag.

Bij het geheel van vraagsturing en vraaggerichtheid wil ik persoonlijk een belangrijke kritische kanttekening plaatsen. Als het gaat om marktwerking, gaat het om de keuze die de



patiënt maakt in het aanbod van zorg op het gebied van GGZ/verslavingszorg. Ik heb in deze literatuurstudie enkele malen benadrukt dat vanuit de literatuur blijkt dat vraagsturing en vraaggerichtheid gewenste ontwikkelingen zijn. Er is inmiddels een markt ontwikkeld en er zijn actoren op deze markt actief: de patiënt, die in mijn visie de centrale actor in dit geheel zou moeten zijn, ontbreekt echter in het rijtje actoren dat in de literatuur besproken wordt. Ik vraag me dan ook af of daadwerkelijk sprake is van marktwerking of dat er slechts sprake is van verschuivende machtsverhoudingen bij de andere actoren. Deze hebben allemaal baat bij een bepaalde ontwikkeling op de markt maar geen van allen zijn ze gebaat bij een volledig open en transparante markt. Is “de markt” wel aanwezig of wordt deze “markt” door de diverse actoren gebruikt om hun eigen belang mee uit te spelen?

Deze literatuurstudie vormt het uitgangspunt voor mijn empirisch onderzoek. In het volgende hoofdstuk zal ik beschrijven met welke probleemstelling, doelstelling en vraagstelling ik het empirisch onderzoek heb uitgevoerd.



5. Onderzoeksopzet

In deze onderzoeksopzet zijn enkele woorden voorzien van een sterretje (*). In bijlage 12 vindt u een verklarende woordenlijst van deze woorden.

5.1 Probleemstelling

In bovenstaande literatuurstudie staat beschreven hoe de opkomst van marktwerking en mondige burgers er toe hebben geleid dat vraaggestuurd en vraaggericht werken in de zorg een steeds grotere rol zijn gaan spelen. Het principe van vraaggericht werken waarbij de patiënt* met zijn individuele wensen als uitgangspunt van de zorg wordt genomen, is echter nog niet geheel van toepassing op de verslavingspsychiatrie*. Om vraaggerichtheid in deze zorgsector optimaal te realiseren moeten nog diverse stappen gezet worden. Wel is er consensus over de behoefte aan en noodzaak van vraaggericht werken. Mogelijk vertoont dit “gebrek” aan vraaggericht werken een relatie met de hoge uitval van patiënten in deze sector. De uitval van patiënten in de verslavingspsychiatrie is namelijk groot. Ongeveer 50% van de patiënten beëindigt voortijdig eenzijdig de behandeling en de oorzaken van deze uitval zijn nog nooit bestudeerd vanuit het perspectief van de patiënt. Ook CMB, de instelling waar ik dit onderzoek heb uitgevoerd, heeft te maken met een hoge uitval van patiënten en werkt nog niet geheel vraaggericht: ook hier is nog een weg te bewandelen.

De probleemstelling die ik heb gebruikt als uitgangspunt voor dit onderzoek luidt als volgt: De uitval van patiënten in de verslavingspsychiatrie bedraagt ongeveer 50%. Er is echter nog niet onderzocht wat vanuit het perspectief van de patiënt redenen zijn voor het voortijdig verlaten van het hulpverleningstraject bij CMB. Hierdoor is het onbekend of er een verband is tussen (het gebrek aan) vraaggericht werken en uitval van patiënten in de verslavingspsychiatrie.

5.2 Doelstelling

Bovenstaande probleemstelling heeft als basis gefungeerd voor het empirisch onderzoek. Bij het empirisch onderzoek had ik het volgende doel voor ogen:

Het verkrijgen van inzicht in de redenen die patiënten opgeven voor het voortijdig beëindigen van het hulpverleningstraject bij CMB om met deze kennis de zorg beter aan te kunnen laten sluiten op de wensen van de patiënt en de uitval indien mogelijk te verkleinen.



5.3 Vraagstelling

Om dit doel te bereiken heb ik de volgende hoofdvraag geformuleerd:

In hoeverre sluit het intake-traject bij CMB aan bij de wensen en behoeften van patiënten en hoe kan het versterken van deze aansluiting bijdragen aan het minimaliseren van de uitval van patiënten?

Deelvragen:

1. Wat vonden program completers* sterke punten van het intake-traject bij CMB?
2. Wat vonden drop-outs* sterke punten van het intake-traject bij CMB?
3. Wat vonden program completers zwakke punten van het intake-traject bij CMB?
4. Wat vonden drop-outs zwakke punten van het intake-traject bij CMB?
5. Waarin verschilden de meningen van de program completers en de drop-outs?
6. Waarin kwamen de meningen van de program completers en de drop-outs overeen?
7. In hoeverre is de uitval van patiënten afhankelijk van patiëntkenmerken?
8. Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor de hulpverlening binnen CMB aan de hand van bovenstaande antwoorden om beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van patiënten?

Ik heb gekozen voor het interviewen van zowel program completers als drop-outs. In de volgende paragraaf zal ik uitleggen waarom ik deze keuze heb gemaakt.

5.4 Methode

In deze paragraaf zal ik beschrijven hoe ik het onderzoek heb uitgevoerd. Ik ben begonnen met de literatuurstudie. Hierin heb ik de kaders van vraagsturing en vraaggerichtheid bestudeerd, specifiek gericht op de verslavingspsychiatrie. Via Picarta, Pubmed en Omega heb ik bestaande onderzoeken over dit onderwerp geanalyseerd. Op basis van de conclusies van de literatuurstudie heb ik bovenstaande probleemstelling, doelstelling en vraagstelling opgesteld. Om deze vragen te kunnen beantwoorden, heb ik een empirisch onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek bestond uit drie delen: kwantitatieve analyse van een cohortstudie, interviews met program completers en vraaggesprekken met drop-outs.

1. Cohortstudie: gedurende twee maanden heb ik bijgehouden welke patiënten zich aanmeldden bij CMB en wat hun gegevens waren (bijv. geslacht, leeftijd, middelengebruik, burgerlijke staat, etc.). Deze gegevens stonden genoteerd in het elektronisch patiëntendossier en heb ik handmatig verwerkt. Vervolgens heb ik deze

gegevens met behulp van SPSS geanalyseerd om te kijken in hoeverre de uitval van patiënten samenhangt met patiëntkenmerken (deelvraag zeven).

2. Aan alle patiënten van dit cohort is op het moment dat ze zich aanmeldden, gevraagd of ze toestemming gaven voor eventuele deelname aan het onderzoek (dit in verband met bescherming van hun privacy). Hierbij is niet verteld dat het een onderzoek naar de drop-out van patiënten is om te voorkomen dat patiënten zich anders zouden gaan gedragen (bijvoorbeeld nu wel op een afspraak komen uit angst voor vragen over hun afwezigheid). Vervolgens is de patiënten bij het aanmeldgesprek gevraagd om een instemmingsformulier te tekenen voor deelname aan het onderzoek (bijlage zes & zeven). De patiënten die niet op een afspraak kwamen, maar wel toestemming hadden gegeven voor deelname aan het onderzoek, heb ik gebeld om aan de hand van de vragenlijst in bijlage vijf hun visie op het intake-traject te achterhalen. Een deel van deze vragen was kwalitatief: ik heb deze antwoorden opgeschreven en kwalitatief verwerkt. Het andere deel van de vragen heb ik kwantitatief verwerkt met behulp van een analyse in SPSS.
3. Tot slot heb ik tien program completers geïnterviewd. Deze patiënten hebben het intake-traject succesvol doorlopen. Ik heb in deze diepte-interviews getracht te achterhalen wat deze patiënten van het intake-traject vonden, te ontdekken wat voor hen de moeilijke momenten waren en wat zij succesfactoren en zwakke plekken vonden. Daarbij heb ik met name ook gevraagd waarom zij niet zijn afgehaakt op de moeilijke momenten om hiermee de redenen van uitval van de andere respondenten nog scherper in beeld te kunnen krijgen. Deze interviews waren kwalitatief van aard. Ik heb ze, na toestemming, getranscribeerd en verwerkt tot een verhalende analyse.

De analyse van de gegevens uit de gesprekken met de drop-outs en de program completers heb ik eerst geanalyseerd aan de hand van de topics uit de vragenlijst. Deze topics heb ik opgesteld op basis van de QUOTE (*Quality Of care Through the patients' Eye*) vragenlijsten: deze vragenlijsten meten de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntperspectief in de zorg. Momenteel zijn deze vragenlijsten nog niet beschikbaar voor de verslavingspsychiatrie, daarom heb ik de vragenlijsten van andere sectoren binnen de zorg als uitgangspunt genomen en de topics geselecteerd die ook van toepassing zijn op de verslavingspsychiatrie. Na de analyse op basis van deze topics heb ik de data nogmaals geanalyseerd om de resterende gegevens die niet onder deze topics vielen alsnog te rubriceren. Het laatste gedeelte van mijn onderzoek heeft bestaan uit het schrijven van deze thesis waarin ik de verschillende onderzoekslijnen aan elkaar heb verbonden en resultaten heb beschreven (hoofdstuk zes en zeven).



5.5 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Hierboven staat de wetenschappelijke verantwoording van de wijze van uitvoeren van dit onderzoek beschreven, maar hiermee is nog niet aangetoond dat dit onderzoek ook relevant is. In deze paragraaf zal ik de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie aantonen van het bestuderen van uitval van patiënten in de verslavingspsychiatrie.

Wetenschappelijk:

Vraagsturing en vraaggerichtheid zijn nieuwe thema's binnen de verslavingspsychiatrie. Over de inhoudelijke invulling van vraaggerichtheid binnen de verslavingspsychiatrie is echter niet veel bekend. Er zijn wel kaders en richtlijnen waar vraaggericht werken aan moet voldoen, maar over de inhoudelijke visie van cliënten op de geboden zorg is weinig tot niets bekend. Dit is opvallend, aangezien volgens de definitie vraagsturing de facilitering van vraaggerichtheid verzorgt. De inhoud van deze vraaggerichtheid is dus tot op heden onbekend. Binnen de literatuur over vraagsturing wordt bovendien genoemd dat deze zorg nog niet goed gestroomlijnd is en dat kennis over specifieke individuele hulpvragen hierbij noodzakelijk is. Onderzoek naar dit perspectief is relevant omdat de kennis van dit perspectief de basis vormt voor zowel vraaggerichte als vraaggestuurde zorg.

Dit onderzoek voegt een nieuw wetenschappelijk perspectief toe aan de bestaande onderzoeksliteratuur. Onderzoek naar de concrete invulling van het vraaggerichte perspectief in de verslavingspsychiatrie door middel van een empirisch onderzoek naar het cliëntperspectief gericht op noncompliance en noshow is nog niet eerder uitgevoerd. Gezien de hedendaagse ontwikkeling op het gebied van zowel verslavingspsychiatrie als vraagsturing en vraaggerichtheid is dit onderzoek in die context wetenschappelijk gezien relevant.

Maatschappelijk:

Zoals in de literatuurstudie beschreven staat, heeft de mondige burger afgelopen decennia ook op het gebied van zorg en welzijn zijn plek ingenomen. Hierdoor zijn de begrippen vraagsturing en vraaggerichtheid een belangrijke rol gaan spelen in het sociale beleid van de verzorgingsstaat. Deze maatschappelijke ontwikkeling vereist van de zorg dat er goede aansluiting bij de individuele patiënt wordt gezocht waarbij deze zoveel mogelijk inbreng in zijn eigen hulpverleningstraject heeft. In de verslavingspsychiatrie zoals deze bij CMB wordt aangeboden is het patiëntperspectief vooralsnog onderbelicht geweest. Dit onderzoek draagt bij in de maatschappelijke relevantie van de hulpverlening bij CMB door juist het cliëntperspectief te benadrukken en vraagsturing / vraaggerichtheid centraal te stellen. Naast de aansluiting bij deze maatschappelijke ontwikkeling is het onderzoek ook maatschappelijk



relevant vanwege de bijdrage in de vermindering van maatschappelijke overlast die door verslaafde patiënten wordt veroorzaakt. Goede hulpverlening minimaliseert de criminaliteit en andere vormen van overlast die door verslaafden worden voortgebracht.

5.6 ASW-verantwoording

Ter afsluiting van dit hoofdstuk over de onderzoeksopzet zal ik aangeven waarom dit onderzoek thuishoort op het terrein van de algemene sociale wetenschappen.

Zoals hierboven beschreven staat, is verslaving een individueel en een maatschappelijk probleem. Enerzijds lijden verslaafde cliënten zelf onder hun ziekte door lichamelijke, psychische en praktische ongemakken. Anderzijds lijdt de maatschappij onder de overlast en maatschappelijke kosten die verslavingsproblematiek met zich meebrengt. Dit onderzoek beoogt beide groepen te helpen: het verbeteren van het zorgaanbod door de cliënt te bevragen op zijn wensen en behoeften zal uiteindelijk resulteren in een behandeling waarin minder uitval plaats zal vinden. De zorg voor verslaafde cliënten wordt op individueel niveau verbeterd waardoor ook de maatschappelijke overlast kan verminderen. Het snijvlak van individu en samenleving sluit naadloos aan op de missie van CMB die gebaseerd is op dit snijvlak:

Centrum Maliebaan wil als een instelling voor verslavingspsychiatrie:

- *patiënten helpen door ze te behandelen met de modernste beschikbare methoden, in samenwerking met de vele instellingen waarmee onze patiënten in aanraking komen*
- *door deze behandelingen ook een maatschappelijke bijdrage leveren aan de vermindering van overlast.*

Al met al bevindt dit onderzoek zich op een complex empirisch onderzoeksterrein. Ik heb dit interdisciplinair bestudeerd door me op verschillende wijzen te laten informeren over de geboden zorg bij CMB. Het bestuderen van bestaande literatuur heeft me zicht gegeven op de omvang en aard van het maatschappelijke gedeelte van het probleem. Meeloopdagen op diverse locaties van CMB gaven me zicht op de organisatorische kant van de zorg. De kern van het onderzoek heeft bestaan uit interviews met cliënten: met deze interviews heb ik inzicht gekregen in de individuele visie van diverse cliënten op de door hen ontvangen zorg.



6. Resultaten / analyse

Alvorens ik inhoudelijk de resultaten van het onderzoek zal presenteren, wil ik enkele kanttekeningen plaatsen. De eerste kanttekening is dat ik me in dit onderzoek heb gericht op de oorzaken van uitval van patiënten om aanbevelingen te doen over mogelijkheden tot beteugeling van deze uitval. Echter, niet alle oorzaken van uitval kunnen ook daadwerkelijk beteugeld worden. Soms spelen er zaken in het leven van een patiënt waar vanuit de optiek van de verslavingszorg niets aan te doen is. Ik zal me in deze analyse richten op de resultaten die kunnen leiden tot aanbevelingen over zaken waar wel grip op te krijgen is.

De tweede kanttekening is dat ik er voor heb gekozen om in de beschrijving van de resultaten de gesprekken met de program completers als basis te gebruiken. Deze gesprekken waren uitgebreider dan de gesprekken met de drop-outs en hadden daardoor meer diepte. Deze diepte wil ik gebruiken om een goede analyse te maken. In de eerste paragrafen zullen daarom met name de program completers aan het woord komen, waarbij ik hun antwoorden aanvul met uitspraken van de drop-outs. De uitkomsten van de enquêtes ondersteunen de antwoorden van de drop-outs maar voegen inhoudelijk geen extra informatie toe: ik heb deze daarom alleen in bijlage 13 in tabellen weergegeven. Later in dit hoofdstuk kom ik nogmaals, maar dan uitgebreider, terug op de uitspraken die door de drop-outs zijn gedaan.

De derde kanttekening is dat de meeste drop-outs een combinatie van factoren beschreven als reden voor hun afwezigheid op afspraken. Toch lijken deze factoren wel met elkaar in verband te staan: zo vonden ze bijvoorbeeld een te lange wachttijd storend maar ook getuigen van een gebrek aan deskundigheid en respect. Het is echter niet altijd mogelijk om in de weergave van de resultaten volledig recht te doen aan deze samenhang. Ik zal alle genoemde combinaties dan ook niet beschrijven, maar zal hier in de conclusie op terug komen.

De laatste kanttekening is dat ik (zoals vermeld in hoofdstuk vijf) ook een cohortstudie heb gedaan. Deze resultaten heb ik in een aparte paragraaf (6.10) beschreven.

In dit onderzoeksverslag heb ik er voor gekozen om de beschrijving van de resultaten beperkt te houden. In het onderzoeksverslag voor CMB staan de resultaten uitgebreid weergegeven. Deze uitgebreide resultatensectie is terug te vinden in het verslag dat bijgeleverd is bij deze scriptie.



6.1 Onderzoeksgroepen

Zoals aangegeven bij de onderzoeksopzet heb ik het onderzoek in drie etappes uitgevoerd: een cohortstudie, interviews met program completers en vraaggesprekken met drop-outs. In bijlage 13 staan de kenmerken van deze groepen in tabellen weergegeven. Ik zal hieronder kort beschrijven hoe ik deze drie groepen heb onderzocht.

6.1.1 Cohort

Ten eerste heb ik bij dit onderzoek gebruik gemaakt van een cohortstudie. Dit cohort bestaat uit alle patiënten die zich tussen 25 februari 2008 en 25 april 2008 bij CMB hebben aangemeld. In deze periode hebben zich 396 patiënten aangemeld. Ik heb deze patiënten gevolgd vanaf het moment van aanmelding tot de start van hun behandeling. Van al deze patiënten heb ik voor de cohortstudie gegevens verzameld. De drop-outs uit dit cohort heb ik gebeld om enquêtes af te nemen (paragraaf 6.1.3). In paragraaf 6.10 zal ik verder ingaan op de mogelijke verbanden tussen deze gegevens en de uitval van patiënten. Op moment van schrijven van deze analyse hebben van het totale cohort 175 mensen de gehele intakeprocedure doorlopen en afgerond.

6.1.2 Program completers

De tweede onderzochte groep is de groep program-completers. Deze groep heb ik diepgaand geïnterviewd om een goed beeld te krijgen van hun ervaringen met het intake-traject bij CMB. Ik heb er voor gekozen om de onderzoekspopulatie voor de diepte-interviews met de program completers zo divers mogelijk te houden. Hierbij heb ik rekening gehouden met leeftijd, geslacht, land van herkomst, leefsituatie en type verslaving. (Zie voor de vragenlijst bijlage vier).

6.1.3 Drop-outs

De derde groep die ik heb onderzocht is de groep drop-outs. De patiënten die afwezig waren op een afspraak in dit gedeelte van het behandeltraject heb ik gebeld om te achterhalen welke redenen zij aandroegen voor hun afwezigheid.

Juridisch had dit gedeelte van het onderzoek nog wat voeten in de aarde. Om patiënten te mogen benaderen voor deelname aan het onderzoek, moest aan alle patiënten toestemming worden gevraagd voor eventuele telefonische benadering. Op het moment dat zij zich telefonisch aanmeldden, werd hen door de telefoniste gevraagd of zij er mee instemden dat ze eventueel benaderd zouden kunnen worden. Vervolgens werd in het aanmeldgesprek gevraagd of ze een instemmingsformulier wilden ondertekenen. Dit formulier werd vervolgens gescand en in het elektronisch patiëntendossier ingevoerd zodat ik kon zien welke patiënten ik in geval van uitval zou kunnen benaderen voor het onderzoek. Er waren



twee instemmingsformulieren: een formulier voor patiënten die ook toestemming moesten geven voor het uitwisselen van informatie met bijvoorbeeld de huisarts (dit was een formulier met meerdere vragen waar toestemming voor het onderzoek slechts een vraag was) en een formulier voor patiënten die alleen toestemming werd gevraagd voor deelname aan dit onderzoek. Deze formulieren staan in bijlage zes en zeven.

In het elektronisch patiëntendossier kon ik bijhouden welke patiënten afwezig waren bij bepaalde afspraken. Als een patiënt bij een gesprek in het intake-traject afwezig was én toestemming had gegeven voor deelname aan het onderzoek, belde ik deze patiënt op. In deze gesprekken stelde ik wat algemene vragen om een zo compleet mogelijk beeld van de patiënt te krijgen. Vervolgens stelde ik de vraag waarom deze patiënt niet op de afspraak was gekomen en tot slot vulde ik met de patiënt een korte enquête in. Deze enquête staat in bijlage vijf.

Ik zal nu overgaan tot de beschrijving van de resultaten die het onderzoek heeft opgeleverd.

6.2 Organisatie van zorg

6.2.1 Wachtijd

Program completers

Wachtijd / wachtlijsten is een onderwerp dat in de interviews veelvuldig en uitgebreid aan de orde is gekomen. De beleving van de wachtijd leek tussen de respondenten in deze groep in eerste instantie sterk te verschillen, maar bij nadere analyse ontdekte ik dat dit eigenlijk niet het geval was. Om de verschillende meningen over de wachtijd te kunnen verklaren, moet er onderscheid gemaakt worden tussen wachtijd in het intake-traject (dus de tijd die het hele traject in beslag neemt van telefonische aanmelding tot en met adviesgesprek) en de wachtijd direct na het intake-traject.

De wachtijd in het intake-traject werd door de completers in het algemeen reëel gevonden: de meeste respondenten hebben dit traject in 3 weken doorlopen. Daar waar het traject langer heeft geduurd lag de oorzaak bij de drukbezette agenda van de patiënt zelf waardoor eerdere afspraken niet door konden gaan.

De wachtijd na het intake-traject werd door hen echter als zeer storend ervaren. Met name de wachtlijst voor de klinische detox (met een wachtijd van ten minste 2 maanden) was voor enkele respondenten een niet te nemen horde. Zij waren dan ook, terwijl ze op die wachtlijst stonden, aan het kijken of het mogelijk was om ergens anders hulp te krijgen. Omdat dit echter vaak niet mogelijk is, gaven zij aan dat ze zich gedwongen voelden om “dan maar” op



de wachtlijst bij CMB te blijven wat hen het gevoel gaf dat ze overgeleverd waren aan het rigide systeem en zelf slechts konden wachten. Dit betekende voor hen een nieuwe teleurstelling in het leven. Zoals een van de respondenten het verwoordde:

“Verslaving is volgens mij een aantal dingen. Ik denk dat een van de dingen teleurstelling is, teleurstelling dat er iets niet is gegaan zoals je dacht. Dus dan ga je drinken of spuiten of weet ik veel wat. En als je dan eindelijk het traject van de hulpverlening ingaat en je moet weer langer wachten dan is dat weer een teleurstelling.”

Een ander punt dat in de wachttijd tussen het adviesgesprek en start behandeling voor de respondenten een belangrijke rol speelde, was dat ze in het intake-traject voor een periode van drie weken intensief met hun probleem geconfronteerd werden, omringd door hulpverleners, en vervolgens naar huis werden gestuurd met de mededeling: *“bel ons niet, wij bellen u”* (zoals een van de patiënten het omschreef). Deze patiënten wisten dan slechts welk soort behandeling ze gingen krijgen maar in de meeste gevallen niet wanneer deze van start zou gaan en wie hen zou gaan behandelen.

Tot slot gaf een van de respondenten aan dat hij moeite had met de wachttijd in en na het intake-traject omdat hij een jaar geleden ook al in behandeling was geweest bij CMB. Zijn gegevens waren nog bekend, zijn dossier was recent maar toch moest hij weer het hele traject van aanmelding, intake en advies door. Hij vond dit verspilling van tijd: een aanmeldgesprek is immers slechts een eerste indruk en kennismaking. Bovendien gebeurt er in die drie weken niets aan behandeling, daarom leek het hem zinvol om voor de groep “recidivisten” het aantal gesprekken te verminderen.

Drop-outs

Bij de drop-outs was de (voor hen te lange) wachttijd in het intake-traject een van de belangrijkste redenen om af te haken. De wachttijd beïnvloedde hen op enkele manieren. Ten eerste vergaten sommige patiënten door de wachttijd dat ze een afspraak hadden en ondervonden daardoor vertraging van het hulpverleningsproces.

Ten tweede vonden veel patiënten een lange wachttijd niet van deskundigheid getuigen. Volgens hen zouden hulpverleners in de verslavingssector moeten weten dat een lange wachttijd funest kan zijn voor een patiënt en zouden de gesprekken daarom veel sneller plaats moeten vinden. Ze voelen zich hierdoor ook niet serieus genomen en hadden het idee dat hun behoeftes niet gezien werden. De lange wachttijd riep bij enkele patiënten ook de vraag op of ze wel op hun plek waren, of ze bij CMB wel echt geholpen konden worden. Ze



werden onzeker over wat hen te wachten stond. Sommige patiënten gaven zelfs aan dat ze in een crisis zijn geraakt doordat ze zo lang moesten wachten en toen alsnog zijn opgenomen. Zij geven aan dat dit niet was gebeurd als ze eerder hulp hadden gekregen.

Sommige patiënten gaven aan dat ze de wachttijd tussen de verschillende gesprekken nog wel door konden komen, maar dat de optelsom van al die wachttijd voor hen te lang was. Dit effect werd versterkt doordat de patiënten niet begrepen waarom er zo veel gesprekken plaats moesten vinden. Ze zagen het nut niet in van een apart aanmeld- en intakegesprek: ze voelden zich hierdoor extra belast.

Naarmate de wachttijd langer werd, gaven patiënten aan dat ze meer tegen de gesprekken op gingen zien. Dit verschijnsel doet zich met name voor bij het aanmeld- en het intakegesprek. Sommige patiënten hadden wel het aanmeldgesprek gehad en hadden deze als prettig ervaren, maar “vergeten” dat prettige gevoel als ze lang op het intakegesprek moesten wachten waardoor ze weer aan de behandeling gingen twijfelen.

Een veelgenoemd effect van de wachttijd was dat patiënten weer gingen gebruiken. Enerzijds omdat ze gespannen waren voor wat komen ging, anderzijds omdat het “*nu nog mocht*”. Ze beseften dat ze niet meer konden gebruiken als ze in behandeling waren. Een ander effect was dat patiënten een teleurstelling ervoeren als ze lang moesten wachten en een nog grotere teleurstelling ervoeren als het ze daardoor niet lukte om door de intakeprocedure heen te komen. Sommige patiënten haakten door de lange wachttijd af bij CMB op het moment dat ze een andere instelling hadden gevonden waar ze eerder hulp konden krijgen. Deze andere instellingen werden door hen omschreven als “betrouwbaarder”.

6.2.2 Wachtkamer

Program completers

De belevenis van de wachtkamer in Amersfoort en de wachtkamer in Utrecht is verschillend. De patiënten in Amersfoort gaven aan dat ze geen moeite hadden met de wachtkamer. Ze zaten er niet voor hun plezier maar dat had volgens hen meer te maken met het gegeven dat ze in behandeling “moesten” en daar tegenop zagen dan met de wachtkamer zelf.

De patiënten in Utrecht vonden de wachtkamer vervelend. Iedereen die het gebouw binnenkomt, stapt rechtstreeks de wachtkamer in wat betekent dat iedereen die het gebouw bezoekt, kan zien wie er in de wachtkamer zit. De afwezigheid van een aparte wachtkamer werd dan ook als “onpraktisch, onprettig en ongemakkelijk” bestempeld.



Drop-outs

Ook de drop-outs in Utrecht gaven aan dat ze veel moeite hadden met de wachtkamer. De uitleg die ze hierbij gaven was dat de wachtkamer te dicht bij de ingang zit waardoor ze geen privacy hebben. Hierdoor voelen ze zich bekeken en ongemakkelijk. Zij hadden dus dezelfde problemen met de wachtkamer als de completers.

De drop-outs in Amersfoort waren minder negatief over de wachtkamer. Ook zij vonden de wachtkamer niet heel prettig, met name omdat het geen aparte ruimte is maar gekoppeld is aan de balie waar iedereen die binnenkomt zich moet melden. Wel vonden ze de wachtkamer ruim genoeg. Het liefst zouden ze een aparte wachtkamer hebben, maar geen van de respondenten heeft de behandeling gestaakt vanwege de onprettige wachtkamer.

6.2.3 Meebeslissen / instemming

Program completers

Op de vragen die ik in de interviews heb gesteld over het thema “meebeslissen” kreeg ik veel en veel verschillende antwoorden. Bij sommige patiënten sloten hun wensen rechtstreeks aan op het behandeladvies van de behandelaren. Zij hadden het sterkst het gevoel dat ze meegedacht hadden in de behandelvorm. Zij gaven in het interview ook het vaakst aan dat ze tevreden waren met de aanpak van de intakeprocedure en hun eigen rol daar in.

Andere patiënten waren minder tevreden over de mate waarin zij mee hadden kunnen praten over de behandeling. Zij gaven aan dat er over bepaalde punten in de behandeling die voor hen van groot belang waren, niet te praten viel. Een voorbeeld hiervan is dat een patiënt het zeer belangrijk vond dat zijn partner bij de gesprekken aanwezig was. Hier was echter geen enkel gesprek over mogelijk: dit kon niet. (Overigens was hierin de communicatie ook niet correct, zie hierover het onderwerp “communicatie”). De patiënt vertelde in het interview enerzijds begrip te hebben voor het gebrek aan de mogelijkheid tot inspraak: *“ik snap ook wel dat je weinig uitzonderingen kunt maken als je in zo'n groot centrum werkt”*. Aan de andere kant gaf hij aan *“dat je op een gegeven moment niet het persoonlijke belang van de cliënt uit het oog moet verliezen”*. De partner die ik heb geïnterviewd, plaatste in dit kader enkele belangrijk opmerkingen. Ten eerste gaf ze aan dat haar man geen keuze had: hij moest wel instemmen omdat het belang van behandeling groter was dan haar mogelijke aanwezigheid bij gesprekken. Haar man was blij dat er een plek was omdat er niet zoveel mogelijkheden tot behandeling zijn en volgens haar gaf dit aan dat hij afhankelijk was van CMB. Bovendien gaf ze aan dat zij meer een buitenstaander is dan de patiënten die



behandeling nodig hebben en dat zij het idee heeft dat de patiënten niet aan durven geven wat ze daadwerkelijk zouden willen. Dit zag ze in elk geval terug bij haar partner.

Drop-outs

De meeste drop-outs die ik heb geïnterviewd waren nog niet in de fase van het behandeladvies gekomen en hadden daarom ook niet het idee dat ze ergens over mee hoefden te beslissen of ergens mee hoefden in te stemmen. Enkele drop-outs hadden er voor gekozen om in het adviesgesprek niet akkoord te gaan met het behandeladvies en dus eenzijdig het behandelcontact te verbreken. In de gesprekken met deze uitvallers kwam naar voren dat met name praktische bezwaren te hoge drempels konden vormen. Ze konden bijvoorbeeld werk en behandeling niet combineren of vonden de financiële impact van een behandeling te groot. Deze patiënten voelden zich vaak niet serieus genomen, ze hadden het gevoel dat ze geen keuze hadden maar “voor het blok” werden gezet.

6.2.4 Behandelplan

Program completers

Elke completer bij wie ik een interview heb afgenomen, gaf aan dat er een behandelplan was gemaakt of dat er ten minste een advies was uitgebracht. Een daadwerkelijk behandelplan wordt pas opgesteld op het moment dat de patiënt akkoord gaat met het uitgebrachte advies. Op het moment van de interviews waren enkele respondenten nog in beraad over de vraag of ze akkoord gingen met het uitgebrachte advies en daarom was voor hen op het moment van het interview nog geen behandelplan opgesteld.

Drop-outs

Op het moment dat ik de vraaggesprekken hield met de drop-outs had uiteraard nog geen van hen een behandelplan, de vraag over de aanwezigheid van een behandelplan was dus niet op hen van toepassing.



6.3 Toegankelijkheid van zorg

6.3.1 Telefonische bereikbaarheid

Program completers

Over de kwaliteit van de telefonische bereikbaarheid van CMB verschilden de meningen. Een deel van de completers gaf aan hiermee geen problemen te hebben ervaren. Een ander deel van de completers was minder tevreden over de telefonische bereikbaarheid. Enkele gaven aan dat ze het verkeerde telefoonnummer van de verwijzer hadden gekregen. Vervolgens kregen ze een ander nummer, maar dat was niet het nummer van de polikliniek (waar de afspraken gemaakt moeten worden). Zij hebben minstens drie verschillende locaties gebeld voor ze de juiste persoon aan de lijn hadden. Ook gaven de respondenten aan dat ze soms een bandje kregen dat aangaf dat ze moesten wachten, waarbij vijf tot tien minuten wachten door hen als zeer kostbaar werd ervaren. Deze problemen rondom de telefonische bereikbaarheid vonden plaats nog voor de eerste afspraak voor het aanmeldgesprek was gemaakt. Mogelijk zorgt dit er ook voor dat patiënten die zich aan willen melden voor hulp dit uiteindelijk niet doen omdat ze CMB telefonisch niet of te moeilijk kunnen bereiken.

Drop-outs

De drop-outs waren niet tevreden over de telefonische bereikbaarheid van CMB. Enkele van hen hadden het verkeerde telefoonnummer gekregen van de verwijzer waardoor hun eerste ervaring met CMB een negatieve was. Al deze respondenten gaven aan dat ze gefrustreerd raakten door de moeilijke telefonische bereikbaarheid. Vijf respondenten zijn niet op hun afspraak gekomen omdat ze CMB telefonisch niet te pakken kregen en op een gegeven geen zin meer hadden om nog te bellen. Daarnaast vonden de meeste respondenten de wachttijd aan de telefoon lang: dit vonden ze een slecht teken want volgens hen betekende dit dat er weinig tijd voor hen was.

6.3.2 Praktische bereikbaarheid

Program completers

De locatie Bergstraat in Amersfoort waar de polikliniek van regio Oost is gevestigd, is volgens de respondenten met het openbaar vervoer beter te bereiken dan met de auto. Vanwege files, gebrek aan parkeerplekken en geen optie om gratis te parkeren kwamen de completers die ik heb geïnterviewd liever met het openbaar vervoer. Vanaf het treinstation en de bushalte vonden zij de poli te voet goed bereikbaar.



De kwaliteit van de bereikbaarheid van de poli op de Wittevrouwensingel in Utrecht werd verschillend beleefd, afhankelijk van het vervoermiddel van de patiënt. De respondenten die met de fiets kwamen, hadden geen moeite met de bereikbaarheid van het pand. De respondenten die met de bus kwamen, hadden ook geen problemen met de bereikbaarheid. Over de bereikbaarheid met de auto was men niet zo positief. Dit had volgens de respondenten verschillende oorzaken. In de eerste plaats werd aangegeven dat het centrum van Utrecht met de auto niet goed te bereiken is, dit is dus niet enkel een probleem van CMB maar van alle bedrijven en instellingen die in Utrecht gevestigd zijn. Naast het probleem van de praktische bereikbaarheid is er ook nog het probleem van het parkeren. Er zijn niet voldoende parkeerplekken en parkeren kost geld. Hoewel de bereikbaarheid met de auto dus niet optimaal is, was er in het algemeen wel begrip voor. Een van de respondenten relativeerde de auto- en parkeerperikelen bovendien met de opmerking dat *“een echte verslaafde geen auto meer heeft natuurlijk”*.

Drop-outs

Ook de drop-outs (zowel in Utrecht als in Amersfoort) gaven aan dat de bereikbaarheid met de bus beter is dan met de auto. Voor enkele drop-outs waren problemen met het vervoer de oorzaak van hun afwezigheid bij het gesprek: twee patiënten stonden in de file en vier respondenten waren verdwaald vanaf de bushalte.

6.3.3 Gebouw

Program completers

Het gebouw in Utrecht vonden de respondenten onverdeeld onprettig. Respondenten misten ramen om naar buiten te kunnen kijken, een kleurtje op de muur en wat versiering aan de wand. Ze gaven aan dat ze snappen dat het economisch moeilijk is om alles op te knappen en dat het ook wel veilig is dat er niets aan de muur hangt dat stuk kan, maar vinden de inrichting nu wel erg karig. Sommige respondenten gaven aan dat ze de inrichting van het gebouw weliswaar niet optimaal vonden, maar dat ze *“gewoon geholpen wilden worden”*, de rest interesseerde ze niet. Of, zoals een van de respondenten het kernachtig verwoordde: *“Weet je, al zit je hier in een kartonnen doos, als je die hulp maar krijgt”*.

De respondenten in Oost voelden zich meer op hun gemak in het gebouw. Het enige dat ze stoorde was de lange, steile trap maar verder vonden ze het een prettig gebouw. Ze gaven aan zich er wel thuis te voelen en er geen hekel aan te hebben om in het gebouw te zijn.



Drop-outs

Ook de drop-outs waren zeer ontevreden over de huisvesting van CMB in Utrecht. Met name de polikliniek werd door hen negatief beoordeeld. Voor ongeveer tien drop-outs was het gebouw de beroemde “druppel” geweest die de emmer deed overlopen. Jongere drop-outs in Utrecht vonden het gebouw niet bij zichzelf passen, ze hadden het idee dat ze er niet hoorden, dat het meer bedoeld was om hulp te geven aan oudere mensen dan aan hen.

De drop-outs in Amersfoort vonden het gebouw niet onprettig, het gebouw werd omschreven als “statisch” en “antiek”. Deze respondenten gaven aan dat ze met het gebouw geen moeite hadden.

6.4 Informatievoorziening

Een van de onderwerpen in de interviews was de mening van patiënten over de informatievoorziening bij CMB. Op het moment van het interview waren de program completers wel klaar met het intake-traject maar hadden nog geen start gemaakt met de behandeling. De drop-outs hadden, afhankelijk van het punt waar ze afgehaakt waren, nul tot drie gesprekken gehad. De respondenten konden daardoor op de vraag in hoeverre de informatie aansloot op de werkelijkheid slechts antwoord geven over dat gedeelte van het intake-traject dat ze hadden doorlopen. Uitvallers die alleen maar telefonisch contact hadden gehad, konden slechts aangeven of datgene wat ze in dat gesprek hadden gehoord overeenkwam met de informatie uit de folders, etc.

Program completers

Over de informatievoorziening in de vorm van de informatiebrochure waren de patiënten tevreden. Ze vonden de brochure overzichtelijk en in het algemeen vonden ze ook dat er voldoende informatie in stond. De informatie over de tijdsduur van het intake-traject bleek niet altijd overeen te komen met de werkelijkheid. Volgens de brochure volgt binnen zeven dagen na het intake-gesprek het adviesgesprek, maar volgens respondenten werd deze richtlijn niet altijd gevolgd en werd ook niet aangegeven waarom er van werd afgeweken. Met name dit laatste werd door respondenten als storend ervaren.

Alle respondenten die de intake succesvol hadden afgerond waren op de hoogte van de duur van het aan hen voorgestelde behandeltraject en de frequentie van de gesprekken. Ook konden de meeste respondenten globaal aangeven wat er in het behandeltraject zou gaan gebeuren. Deze informatie hadden ze in het adviesgesprek gekregen waarbij ze vonden dat er netjes met hun werd omgegaan en ze goed werden geïnformeerd.



Tot slot over informatievoorziening: de website werd door respondenten (met name de respondenten uit Amersfoort) gezien als belangrijke informatiebron. Deze is echter geregeld niet bruikbaar (iets dat ik zelf ook heb ervaren).

Drop-outs

De drop-outs hadden meer opmerkingen over de kwaliteit van de informatievoorziening dan de program completers. In het algemeen waren ze, net als de completers, wel tevreden over de verstrekking van het informatiepakket maar plaatsten daarnaast veel kanttekeningen over de inhoud en het geheel van de informatievoorziening.

Slechts een patiënte vond dat er te veel informatie werd verstrekt. Ze gaf aan dat ze zo veel folders had gezien dat ze niet meer wist welke op haar van toepassing was. Aan de andere kant vertelden de meeste respondenten juist dat een van de obstakels voor hen was dat ze niet wisten wat ze konden verwachten. Na het aanmeldgesprek kreeg het merendeel van de patiënten het informatiepakket mee: zeven patiënten gaven aan dat ze het liever eerder hadden ontvangen (bijvoorbeeld per post vóór het eerste gesprek) zodat ze zich konden voorbereiden op wat ze konden verwachten. Ze vonden daarnaast de inhoud van het informatiepakket beperkt. Ze hadden liever informatie gekregen over de behandeling die werd gegeven voor het soort verslaving dat ze zelf hebben.

Een patiënt was niet tevreden over de informatievoorziening om een andere reden: hij wilde hulp voor zijn nicotineverslaving maar pas in het eerste gesprek werd hem verteld dat CMB dat niet kan behandelen. Hij vond het vreemd dat hij dit nergens terug had kunnen vinden en dat het hem tijdens zijn telefonische aanmelding niet was verteld.

Ook jongeren waren niet tevreden over de verstrekte informatie. Zij vonden het informatiepakket niet aansprekend maar vonden deze meer geschikt voor ouderen (een enkeling heeft het aan zijn ouders gegeven). Ze gaven aan dat ze meer gebruik maakten van internet, maar ook over de website waren ze niet zo enthousiast, ook deze sprak hen niet aan. Er staat weliswaar een kopje "jeugd" op de website maar de informatie die daar staat vonden ze niet interessant.



6.5 Inhoud van de zorg / continuïteit in persoon

6.5.1 Vaste contactpersoon

Twee van de respondenten hadden zowel het aanmeld- als het intakegesprek met dezelfde hulpverlener. De andere respondenten hadden verschillende hulpverleners. Op zich hadden ze geen moeite met de verschillende hulpverleners, wel leidde de omschakeling naar een andere hulpverlener soms tot wat problemen in de communicatie (zie “onderlinge communicatie”). Hetzelfde verschijnsel deed zich voor bij de drop-outs.

6.5.2 Deskundigheid

Program completers

De deskundigheid van de hulpverleners kwam in de interviews als een van de sterkere punten van CMB naar voren. Een van de respondenten vertelde dat hij het idee had dat de hulpverlener die met hem het aanmeldgesprek had gevoerd, zeer goed op de hoogte was van de middelen die hij gebruikte en wat de impact van een verslaving kon zijn.

Een van de respondenten die moeite had met de wachttijden binnen CMB en het idee had dat de patiënt niet altijd centraal staat in zijn eigen behandeling was ondanks deze moeite wel tevreden over de deskundigheid van de hulpverlening. Hij gaf aan dat er meer gebruik gemaakt zou mogen worden van deze deskundigheid, bijvoorbeeld om deze in te zetten om de urgentie van hulp voor individuele patiënten in te schatten.

Drop-outs

De drop-outs noemden deskundigheid veelal in één adem met andere punten. Zo getuigde bijvoorbeeld volgens hen een (te) lange wachttijd van gebrek aan deskundigheid. In het algemeen bleek uit de vraaggesprekken met de drop-outs dat zij niet altijd ervoeren dat de hulpverleners hun nood zagen en associeerden dit met een gebrek aan deskundigheid. De inhoudelijke deskundigheid over wat een verslaving inhoudt werd door hen wel als “goed” beoordeeld.

6.5.3 Vertrouwen, respect, interesse, begrijpelijkheid

Program completers

De hulpverleners werden omschreven als “*prettig*”, “*lief*”, “*een schatje*”, “*wel met een professionele houding, maar ik krijg er zo’n vriendin-gevoel bij*”, “*toppertjes*” en meer van dit soort termen. Sommige respondenten benadrukten met name de professionaliteit van de hulpverleners, andere gaven vooral aan dat ze een prettig gevoel kregen bij de hulpverleners en zich daardoor vrij voelen om te vertellen wat ze willen.



De meeste respondenten (completers en drop-outs) hadden het gevoel dat ze als mens benaderd werden. Daarnaast hadden de completers niet het gevoel dat ze op hun vingers getikt werden voor wat er mis ging in hun leven. De bejegening was volgens hen correct en netjes. Bovendien werd er praktisch goed voor ze gezorgd tijdens het intake-traject, zo kregen ze bijvoorbeeld altijd koffie aangeboden. De patiënten waardeerden deze kleine gebaren zeer.

Aan de andere kant zijn er ook minder positieve geluiden te horen. Zo gaf een respondent aan dat hij vindt dat het CMB te veel volgens protocollen en regels werkt en dat dit tot uiting komt in het directe contact tussen hulpverleners en patiënten. Hij vertelde dat hij op een bepaald moment in de wachtkamer zat terwijl er een meneer binnenkwam die onder de verkeerde naam in het systeem stond. Deze was daar erg gefrustreerd over omdat hij al erg veel problemen had vanwege zijn verslaving en nu ook hier weer problemen ondervond. Volgens de respondent reageerde de receptioniste wel netjes, maar moesten de gegevens eerst volgens de regels in de computer worden ingevoerd voor deze patiënt verder geholpen kon worden. De administratieve regels leken hier voor het belang van de individuele patiënt te worden gesteld.

Drop-outs

Zoals ik aan het begin van de analyse heb genoemd, noemden drop-outs vaak een combinatie van factoren als oorzaak van hun voortijdig afhaken. Deze combinatie uitte zich geregeld in het gevoel niet serieus genomen te worden, niet begrepen te worden, het gevoel dat er niet voldoende tijd voor ze was, etc. Zo vonden enkele drop-outs het niet van respect getuigen dat ze enkele keren op gesprek moesten komen om hetzelfde verhaal te vertellen: ze vonden het gebrek aan respect voor hun problemen. Deze oorzaken van drop-out staan dus beschreven bij deze andere topics omdat daar op praktisch gebied in te sturen valt: met een opmerking als “ik voel me niet serieus genomen” kan nog geen concrete aanbeveling worden gedaan over hoe dit gevoel bij de patiënt weg te nemen. Door een advies te geven over bijvoorbeeld communicatie naar de patiënt kan dit mogelijk wel.

De seniore drop-outs gaven aan dat ze zich “betutteld” voelden door de hulpverleners en de telefoniste. Een van hen vertelde dat hij zich niet serieus genomen voelde door de telefoniste: “zo’n grietje, ik kan zelf heus wel aangeven dat ik haast heb met een afspraak, dan moet ze me gewoon serieus nemen”. Hij vond het respectloos dat zijn wens om snel geholpen te worden zo snel terzijde werd geschoven.



De jeugdige drop-outs vonden de telefoniste opvallend vaak op hun moeder lijken: “*daar moet ik ook altijd van alles van*” en dat was niet wat ze wilden, ze vonden dit getuigen van gebrek aan respect. Wel vonden ze de hulpverleners “toffe gasten” of “relaxed” maar deze drop-outs vonden dit geen reden om in behandeling te gaan. Ze voelden zich dankzij de hulpverleners wel welkom bij CMB, maar hadden niet het gevoel dat ze voor hulp op de juiste plek waren.

Alles bij elkaar waren de drop-outs het meest tevreden over de gesprekken die ze hadden gehad met de intakekers. Ze beoordeelden deze hulpverleners als meest vriendelijk, het meest respectvol en bovendien hadden ze het gevoel dat ze door hen het meest serieus worden genomen. Wat vaak genoemd werd in combinatie met deze vragen was dat de patiënten het gevoel hadden dat de intakeker genoeg tijd voor ze had, meer dan de aanmelder. Dit is in de praktijk ook zo: voor het aanmeldgesprek staat een kwartier ingepland en voor het intakegesprek anderhalf uur. Mogelijk is er een verband aanwezig tussen de hoge scores van de intakekers en de lagere scores van de aanmelders.

6.5.4 Rekening houden met achtergrond

Program completers

De allochtone patiënten die ik heb geïnterviewd, hadden het gevoel dat de hulpverleners kennis hadden van en rekening hielden met hun achtergrond. Ze hadden ook gesprekken gehad met hulpverleners die dezelfde achtergrond hadden als zij maar hechtten hier niet meer waarde aan dan aan de gesprekken met de andere hulpverleners.

Drop-outs

Ook de drop-outs gaven aan dat ze het idee hadden dat er voldoende rekening gehouden werd met hun achtergrond. Een van de drop-outs vertelde dat hij ook allochtone hulpverleners had gezien bij CMB en dat hij daarom het gevoel had dat ze wel begrepen wat het betekent om uit een andere cultuur te komen. Enkele andere drop-outs hadden zelf gesprekken gehad met een allochtone hulpverlener en vonden het prettige gesprekken. Ze voelden zich begrepen.

6.5.5 Voldoende tijd

Program completers

Alle respondenten die de intake hadden afgerond vonden dat er voldoende tijd voor ze werd genomen: dit werd als een van de sterke kanten van het intakeproces benoemd. Zo had een van de respondenten een afspraak staan voor een aanmeldgesprek (normale duur 15



minuten) waarbij het gesprek uiteindelijk bijna drie kwartier heeft geduurd. Voor hem was dit een teken dat hij serieus werd genomen, er werd immers genoeg tijd voor hem uitgetrokken.

Drop-outs

Enkele drop-outs hadden wel het gevoel dat er te weinig tijd was voor de bespreking van hun problemen, voornamelijk tijdens het aanmeldgesprek. Er werd hen soms ook verteld dat het druk was (zowel tijdens de telefonische aanmelding als in de gesprekken) wat bij hen de vraag opriep of er wel voldoende tijd voor hen was. Dit heeft ten minste drie respondenten aan het twijfelen gebracht over het al dan niet vervolgen van het intake-traject.

6.5.6 Communicatie

Communicatie is een veelbesproken onderwerp geweest. Veel van de minder positieve ervaringen van patiënten hadden te maken met communicatie: zowel de communicatie tussen de hulpverleners onderling als de communicatie tussen hulpverlener en patiënt.

6.5.6.1 Onderlinge communicatie

Program completers

Over de kwaliteit van de communicatie tussen de hulpverleners verschilden de meningen van deze respondenten. De ene helft van de completers was tevreden: deze patiënten gaven aan dat ze het idee hadden dat er goed was bijgehouden wat er in het aanmeldgesprek was besproken en dat dit doorgegeven was aan degene die het intakegesprek hield. De andere helft van de completers was ontevreden over de onderlinge communicatie. Er was een aantal punten waar het volgens hen niet goed was gegaan met de communicatie. Zo was niet bij alle patiënten de informatie van het aanmeldgesprek goed gerapporteerd en dus niet bekend bij het intakegesprek. Hierdoor hadden ze het gevoel dat het eerste gesprek voor niets was geweest en ze daarom ook voor niets hadden moeten wachten.

Bij een andere respondent waren in het intakegesprek toezeggingen gedaan die in het adviesgesprek teruggedraaid werden (zie ook paragraaf 6.2.3). De patiënt vond dit zeer vervelend en ondeskundig.

Drop-outs

Acht drop-outs hadden het idee dat er tussen hulpverleners onderling niet goed gecommuniceerd werd. Hun gegevens waren niet of niet correct doorgegeven. Zij hadden hierdoor het gevoel niet serieus genomen te worden (zie ook paragraaf 6.5.3). Een van de



drop-outs benoemde dit gebrek aan onderlinge communicatie als de reden waarom hij is afgehaakt bij CMB.

6.5.6.2 Communicatie met patiënten

Program completers

Ook over de kwaliteit van de communicatie met de patiënten waren de meningen verdeeld. De ene helft van de completers was tevreden en omschreef de communicatie als duidelijk, respectvol en professioneel. De andere helft van de completers was minder tevreden.

Het gebrek aan tevredenheid kwam in de interviews diverse malen aan de orde. Ten eerste werd benoemd dat het voor de patiënt vaak niet duidelijk was waar hij aan toe was. Zo werd de patiënt soms na het adviesgesprek naar huis gestuurd met de mededeling “bel ons niet, wij bellen u” waardoor deze niet wist wanneer de behandeling van start zou gaan.

Ten tweede werd de bejegening van patiënten soms als “niet netjes” ervaren. Zo was er een respondent die een afspraak had met een hulpverlener die uiteindelijk een stagiaire bleek te zijn. Hij vond het niet netjes dat hij hier niet van tevoren over was geïnformeerd.

Zoals beschreven onder het kopje “informatievoorziening” werd het ook als storend ervaren dat de regels zoals deze in de brochures staan, niet altijd werden nageleefd en dat hier ook niet duidelijk over werd gecommuniceerd. Respondenten vonden het vervelend dat ze zelf moesten vragen naar de reden van het afwijken en dat dit niet vanzelf werd uitgelegd.

Sommige completers hadden een afspraak in het intakeproces gemist. Een van hen had zich een jaar geleden aangemeld en was toen op een afspraak niet verschenen. Zij kreeg een tien-dagenbrief: in deze brief staat de mededeling dat de patiënt tien dagen de tijd krijgt om alsnog contact op te nemen met CMB voor een nieuwe afspraak en dat hij anders uitgeschreven zal worden. Voor deze respondent was de drempel om zelf te gaan bellen te hoog. Zij gaf aan dat ze het moeilijk vond om op deze onpersoonlijke manier benaderd te worden. Ze was liever gebeld, naar eigen zeggen was ze dan waarschijnlijk niet afgehaakt.

Drop-outs

Veel van de aandachtspunten die de program completers noemden omtrent communicatie met patiënten kwamen ook aan de orde in de gesprekken met de drop-outs. Het verschijnsel van de “tien-dagenbrief” was een bekend verschijnsel bij de drop-outs. Ze vonden het ten eerste vervelend dat ze een brief kregen in plaats van dat ze gebeld werden, maar ten



minste vijf respondenten zijn vanwege deze brief ook niet verder gegaan met het intake-traject.

Een ander punt dat door de drop-outs genoemd werd was dat zij wel eens een afspraak misten doordat er niet duidelijk gecommuniceerd was over plaats, tijd of veranderingen in de afspraken. De jongeren zouden bovendien liever via de e-mail of per sms benaderd worden dan via de telefoon en gaven ook aan dat ze het prettig zouden vinden om via de mail herinnerd te worden aan afspraken. Zij vonden de communicatie niet afgestemd op de moderne communicatiemiddelen.

6.5.7 Nakomen van afspraken

Program completers

Sommige completers vonden dat ze nog niet in staat waren om te beoordelen of de hulpverleners hun afspraken nakomen. Dit waren de respondenten die hiermee geen negatieve ervaringen hebben gehad. Zij gaven aan dat ze pas een paar gesprekken hadden gehad en dat pas verderop in het behandeltraject zal blijken of de afspraken inderdaad nagekomen worden.

Andere respondenten waren hier wat minder tevreden over. Ze maakten onderscheid tussen twee soorten afspraken. Ten eerste zijn er de afspraken die algemeen geldend zijn binnen CMB, bijvoorbeeld de afspraak dat binnen zeven dagen na het intakegesprek het adviesgesprek plaats hoort te vinden. Toen er bij een van de respondenten een afspraak gemaakt moest worden voor het adviesgesprek en deze meer dan zeven dagen later gepland werd, moest de respondent zelf aan de intaker vragen waarom dit zo was. (Ook dit heeft overigens weer te maken met communicatie). Hij had liever gezien dat de intaker zelf had uitgelegd dat het normaal is dat het adviesgesprek zeven dagen na het intakegesprek volgt, maar dat dat nu niet mogelijk was met de uitleg waarom. Daarnaast vonden veel patiënten dat afspraken soms te strikt werden nagekomen.

Bovendien gaven ze aan dat afspraken met individuele patiënten niet altijd werden nagekomen. Afspraken die in eerste instantie waren gemaakt met de patiënt werden soms ongedaan gemaakt omdat ze strijdig waren met de algemene regels.

Drop-outs

Ook bij de drop-outs waren twee groepen patiënten te onderscheiden: de ene groep was tevreden over de mate waarin hulpverleners hun afspraken nakwamen, de andere groep was



hier minder tevreden over. In vergelijking met de completers is deze laatste groep hier groter. Ze hadden met name het gevoel dat praktische afspraken niet altijd werden nagekomen.

Daarnaast kwam ook de bij drop-outs het punt naar voren dat ze lang moesten wachten op het adviesgesprek waarbij deze volgens de oorspronkelijke afspraken veel sneller plaats zou vinden. Ze vonden dat de afspraken niet consequent werden nagekomen.

6.5.8 Doorgaan van afspraken

Bij vrijwel alle completers waren de afspraken bij CMB doorgedaan. Een respondent had een afspraak gemist omdat hij zich had verslapen.

Bij alle drop-outs was ten minste een afspraak niet doorgedaan omdat de patiënt zelf afwezig was. Daarnaast waren enkele afspraken ook niet doorgedaan omdat de hulpverlener ziek was. Geen enkele respondent gaf aan dat hij was afgehaakt doordat een afspraak van de kant van CMB werd afgezegd.

6.6 Waardering resultaat behandeling

6.6.1 Naar wens uitgevoerd?

Program completers

Het intake-traject is bij sommige respondenten beter bevallen dan bij andere. De respondenten bij wie zich geen problemen rondom afspraken of communicatie hebben voorgedaan waren zeer tevreden over het intake-traject. Ze voelden zich gehoord, welkom, ze hadden het gevoel echt ergens mee bezig te zijn en sommige gaven zelfs aan zin te hebben in de behandeling. De respondenten bij wie het intake-traject minder soepel is verlopen, waren minder enthousiast. Zij gaven meerdere keren aan, direct of indirect, dat ze niet veel keuze hadden in de hulp voor hun verslaving, dit was in feite de enige reden waarom ze niet afhaakten.

Drop-outs

Een groot gedeelte van de drop-outs was niet tevreden over de manier waarop het intake-traject was uitgevoerd. Dit had voornamelijk te maken met alle onderwerpen die hierboven zijn besproken: met name de lange wachttijd was zeer tegen de wens van de patiënten in. Voor vele drop-outs is het gebrek aan aansluiting bij hun persoonlijke wensen de reden geweest om niet verder te gaan met het intake-traject. Er waren echter ook drop-outs die wel tevreden waren over de uitvoering van het intake-traject. Zo vertelde een van de

drop-outs dat hij ziek was op het moment van het adviesgesprek en later is gebeld om het advies telefonisch te bespreken. Hij was zeer tevreden over deze manier van handelen.

6.6.2 Verwachting van behandeling

Program completers

De meeste completers gaven aan dat ze niet helemaal wilden stoppen met gebruiken. Met name de patiënten met een alcoholverslaving hoopten zelf aan het eind van de behandeling “sociaal drinker” te zijn geworden. Het gebruik van alcohol werd door hen mede geassocieerd met gezelligheid en allen gaven aan dat ze dit niet wilden missen. Ze wilden in de behandeling leren om “maat te houden”. In tegenstelling tot de patiënten met een alcoholverslaving gaven alle patiënten met een vorm van drugsverslaving (drugs in de vorm van cannabis, heroïne, cocaïne, methadon, LSD, etc.) aan dat ze hiermee wilden stoppen of (indien ze al gestopt waren) niet meer in gebruik terug wilden vallen.

Naast deze doelen, die direct gerelateerd zijn aan middelengebruik, hadden de respondenten ook persoonlijke doelen. Sommige wilden “rust in hun hoofd”, af van psychische problemen, andere wilden weer werken, een sociaal leven opbouwen, sporten, etc. Ook het kunnen beheren en beheersen van de eigen financiële situatie was bij de meeste respondenten een belangrijk doel.

Drop-outs

De vraag over hun verwachtingen van de behandeling was voor vele drop-outs moeilijk te beantwoorden. Zeker de respondenten die definitief waren afgehaakt hadden op het moment van het vraaggesprek helemaal geen verwachtingen meer van de hulpverlening. Ik heb er daarom voor gekozen mede te kijken naar de verwachtingen die ze hadden toen ze met het behandeltraject van start gingen. Daaruit bleek dat hun verwachtingen vrijwel geheel overeen kwamen met die van de program completers.

6.7 Algemeen: evt. andere opmerkingen

Naast alle bovengenoemde punten werden er door diverse respondenten enkele opmerkingen gemaakt die moeilijk te categoriseren zijn. Deze beschrijf ik hier, waarna ik ze in de samenvatting waar mogelijk zal koppelen aan de belangrijkste thema's die uit deze analyse naar voren zijn gekomen.

Program completers

Opvallend was dat acht van de tien completers zichzelf niet beschouwden als “ernstige gevallen”. Ze vergeleken zich in het interview continu met anderen die er slechter aan toe



waren. Degenen die een groepsbehandeling gingen krijgen, hoopten hier in de groep ook bevestiging in te krijgen. De steun van een partner werd door de respondenten met een partner zeer belangrijk gevonden. Zie voor verdere uitwerking van dit thema ook het volgende hoofdstuk.

Drie respondenten hadden met de feestdagen een terugval gehad. Ze vonden deze dagen zwaar, vooral de kerstdagen, omdat veel mensen dan met familie feest vierden en zij geen dierbaren én geen geld hadden om feest te vieren.

Zoals ik al eerder heb genoemd in deze analyse, is geld een omstreden begrip voor deze patiënten. Ze kunnen niet met, maar ook niet zonder leven. Wat in diverse gesprekken naar voren kwam, was dat geldzorgen leiden tot nog meer zorgen. Door te weinig geld ontstaat huurachterstand wat leidt tot veel geregeld en telefoontjes. Dit kost tijd, energie en ook weer geld waardoor sommige mensen zich er niet toe kunnen zetten om er mee aan de slag te gaan. Dit kan van kwaad tot erger gaan, iets wat meerdere respondenten hebben meegemaakt. Zelf gaven ze aan dat ze wel bereid zijn om veel te doen voor geld (slecht werk voor weinig loon) om maar iets te hebben om uit te geven.

Drop-outs

Naast de oorzaken van uitval die in paragraaf 6.1 t/m 6.6 beschreven staan, gaven de drop-outs ook oorzaken aan die moeilijk te categoriseren vallen. Ik zal deze oorzaken hieronder kort beschrijven.

Sommige uitvallers waren de afspraak simpelweg vergeten: dit kwam niet door gebruik, lange wachttijden of andere externe omstandigheden. Anderen hadden teveel gebruikt in de tussentijd: vanwege spanning of "*omdat het nu nog kon*". Het definitief "moeten" stoppen met gebruiken was voor sommige patiënten ook een struikelblok: een van hen beschreef het afwezig zijn op een afspraak als uitstel van executie, nu "mocht" hij nog wat gebruiken. Enkele patiënten gaven aan vlak voor het aanmeldgesprek van de spanning teveel te hebben gebruikt en vervolgens in slaap te zijn gevallen.

Meerdere drop-outs waren bang voor de reactie van hulpverleners en anderen: als ze bij CMB zouden komen, zou het stempel "junk" volgens hen definitief zijn. Ze voelden zich geen junk en twijfelden daarom of ze zich wel zouden aanmelden (dit verschijnsel deed zich met name voor bij jongeren).



De meeste patiënten die niet akkoord gingen met het adviesgesprek gaven aan dat ze vonden dat ze geen hulp (meer) nodig hadden. Ook waren er enkele patiënten die niet akkoord gingen met het advies omdat ze het niet konden combineren met hun privéleven (opname in combinatie met werk), financieel gingen ze er dan te veel op achteruit. Met het alternatief dat werd geboden waren ze het echter ook niet eens omdat dit alternatief niet intensief genoeg was. Naast de patiënten die het advies afwezen, waren er nog meer patiënten die niet meer kwamen omdat de intake en behandeling ze bij nader inzien toch te veel tijd ging kosten: deze besteedden ze liever aan werk of familie.

Een patiënt was in verwarring gebracht doordat hij post had gekregen van CMB waarin een andere afspraak voor hem stond gepland dan hij in zijn agenda had staan. Dit bleek echter een afspraak bij de reclassering van CMB te zijn en dit is een geheel ander traject dan het intake-traject waar hij mee bezig was. Voor hem was het onduidelijk dat deze twee gesprekken niets met elkaar te maken hadden en allebei plaats zouden vinden.

Een enkeling vroeg zich af of hij wel echt wilde stoppen met gebruiken. Sommige respondenten waren van mening dat ze al te lang hadden gebruikt en het ze daarom toch niet meer ging lukken. Een van deze patiënten vond het achteraf een “*stom plan*” dat hij zich toch had aangemeld. Een ander omschreef zichzelf als “wispelturig”: hij wilde het ene moment wel hulp, het andere moment niet en zou daarom graag de mogelijkheid hebben om een gesprek te hebben op het moment dat hij het nut er van inzag. Er waren meer patiënten die aangaven dat ze deze mogelijkheid graag zouden hebben: sommige gaven aan in een “helder moment” wel hulp te willen maar niet veel van deze momenten te hebben. Het maken van een afspraak op zo’n moment was voor hen niet voldoende om ook daadwerkelijk naar het gesprek toe te gaan.

6.8 Steun van netwerk

In de gesprekken met de uitvallers kwam het thema “familie en vrienden” vaak ter sprake. Dit gebeurde op verschillende manieren. Ten eerste gaven patiënten met een partner diverse malen aan dat ze mede voor hun partner en kinderen hulp hadden gezocht. Enkele patiënten die op het laatste moment overwogen om niet meer te komen, vertelden dat hierin de steun van hun partner doorslaggevend was geweest in de keuze om toch te komen. Als deze patiënten een afspraak hadden gemist en later met hun partner hadden besproken waarom ze niet waren geweest, kwamen ze later vaak (met hulp of zelfs in aanwezigheid van) hun partner alsnog terug bij CMB. Bij deze patiënten kwam de basale motivatie uit hen zelf maar vormde het netwerk een steungroep.

Ten tweede waren er patiënten die van hun partner hulp moesten zoeken omdat deze anders bij hen weg zou gaan, soms zelfs met de kinderen. Deze patiënten, wiens motivatie voornamelijk extrinsiek was, vonden het moeilijk om het traject in te gaan omdat ze zelf de noodzaak er van niet zagen. Het netwerk vormde voor hen niet zozeer een positieve ondersteuning als wel een bedreiging in het geval ze af zouden haken.

Ten derde waren er de jongeren die van hun ouders hulp moesten zoeken. Een deel van de jongeren zag zelf de noodzaak van hulp niet in maar meldde zich aan “om van het gezeur van hun ouders af te zijn”. Anderzijds waren er de jongeren die juist de steun van hun ouders misten en daardoor zo teleurgesteld waren dat ze het bijtje er bij neergooiden. Tot slot waren er de jongeren die zich van hun ouders moesten aanmelden maar juist daarom wilden laten zien dat ze geen hulp nodig hadden. Deze jongeren wilden zichzelf bewijzen. Dit waren jongeren die zelf de noodzaak van behandeling niet inzagen.

Tot slot was er de groep patiënten zonder direct netwerk die dit als een gemis ervoeren. Ook waren er patiënten die op het laatste moment besloten om niet verder te gaan met het intake-traject omdat ze het “*toch voor niemand deden*” waardoor ook niemand het erg zou vinden als ze niet zouden gaan.

6.9 Mogelijk effect van telefoongesprek

Enkele drop-outs gaven in het telefoongesprek aan dat ze, door het gesprek, van plan waren om zich toch weer aan te melden. Één patiënt gaf aan dat ze het prettig vond om iemand aan de telefoon te hebben gehad (zij had na haar afwezigheid slechts een brief ontvangen), nu was de drempel voor haar verlaagd. Een andere patiënt vertelde dat hij in dit gesprek zijn eigen gedachtes op een rijtje had gezet en daarom toch maar weer terug ging naar CMB voor een nieuwe afspraak. Weer een ander vertelde dat hij “echt zeker weten” een nieuwe afspraak ging maken en vroeg mij of ik hem geloofde. Ik heb gezegd dat ik hem geloofde, maar dat het zijn eigen keuze moest zijn en hij het niet voor mij moest doen. Al deze patiënten hebben zich inderdaad weer aangemeld en inmiddels het intake-traject succesvol afgerond.

Tot slot vertelde een patiënt in het telefoongesprek dat hij het idee had dat er weinig oog was voor de kwaliteit van de zorg bij CMB (door de lange wachttijden, het sfeerloze gebouw etc.) maar dat hij door dit telefoongesprek begreep dat ze wel degelijk aandacht besteden aan kwaliteit en dat hij het daarom nog een kans wil geven. Ook deze patiënt heeft zich weer aangemeld en is inmiddels in behandeling.



6.10 Cohortstudie

Zoals ik in de onderzoeksopzet al heb aangegeven, heb ik naast de interviews en vraaggesprekken met de completers en drop-outs ook een analyse gemaakt van de patiëntgegevens van het door mij onderzochte cohort. In deze studie heb ik gezocht naar mogelijke verbanden tussen gegevens van patiënten zoals geboorteland, geslacht, leeftijd etc. en uitval van patiënten. Tabellen met de gegevens van het cohort staan in bijlage 13. Ik heb het cohort intensief bestudeerd op mogelijke verbanden tussen 30 verschillende variabelen en de uitval van patiënten. Daarbij heb ik tevens onderscheid gemaakt tussen de gegevens van de polikliniek in Amersfoort en de polikliniek in Utrecht. Ik heb er voor gekozen om niet alle bestudeerde verbanden in deze bijlagen te beschrijven aangezien dit te uitgebreid zou worden. Hieronder staan de conclusies op basis van deze studie beschreven.

De belangrijkste algemene conclusie is dat het verband tussen kenmerken van patiënten en uitval zeer beperkt blijkt te zijn. Dit is een belangrijke conclusie, omdat er bij de ontwikkeling van beleid vaak vanuit gegaan wordt dat dit verband er wel is. Naar de doelgroep wordt in dat geval gekeken in termen van kenmerken en daaruit voortvloeiende risico's (in geval van dit onderzoek het risico op uitval). Op grond van deze kenmerken wordt vervolgens gezocht naar het onderscheid tussen bepaalde groepen patiënten, vanuit de gedachte dat per onderscheiden groep specifieke, voor alle leden van deze groep adequate beleidsinterventies ontwikkeld kunnen worden. Mijn resultaten maken duidelijk dat op deze manier naar kenmerken kijken, als basis voor beleid, weinig adequaat is. Daar waar op basis van de cohortstudie wel sprake is van duidelijke verbanden, hebben deze primair betrekking op de kenmerken van het proces tussen patiënt en CMB. De resultaten die ik heb gevonden en die wel significant zijn, vertonen daarentegen wel een heel duidelijk verband met uitval. Ik zal deze uitkomsten hieronder bespreken.

- Wachtijd

De uitval van patiënten vertoont een duidelijk samenhang met de wachttijd binnen het intake-traject. Uit de analyse van de wachttijd van de completers en de drop-outs blijkt dat er een significant verschil in wachttijd bestaat tussen deze twee groepen. De completers moesten gemiddeld 8,94 dagen wachten op het aanmeldgesprek, 8,95 dagen op het intakegesprek en 10,30 dagen op het adviesgesprek. Voor de drop-outs zijn deze aantallen respectievelijk 11,10 dagen, 14,9 dagen en 15,89 dagen. In het totaal duurde het gemiddelde intake-traject voor een completer in dit cohort 28,33 dagen en voor een drop-out 36,32 dagen. De drop-outs moeten aldus zowel tussen de verschillende gesprekken als in het totaal significant langer wachten dan de completers bij een α van 5%. Hierbij is opvallend dat de



wachttijd in Amersfoort tussen de telefonische aanmelding en het aanmeldgesprek zeer klein is (dit heeft mede te maken met het open spreekuur waardoor patiënten zich telefonisch niet aanmelden maar op het open spreekuur komen als zij daar behoefte aan hebben) maar vervolgens tussen het aanmeld- en het intakegesprek significant langer is dan de wachttijd in Utrecht. In Utrecht moeten patiënten bijna negen dagen wachten op een intakegesprek tegenover 23 dagen in Amersfoort. Toch is de uitval in Amersfoort in dit gedeelte van het traject, ondanks deze lange wachttijd, niet groter dan in Utrecht.

- Leeftijdsgroep

Uit de analyse blijkt dat er bij een α van 5% significante verschillen bestaan tussen het aantal drop-outs in de verschillende leeftijdsgroepen. Patiënten in de categorie “jeugd” vallen het vaakst uit (54%), gevolgd door volwassen patiënten (uitval van 38,7%). Seniore patiënten vallen het minst vaak uit met een uitvalspercentage van “slechts” 20%. Hoogstwaarschijnlijk hangt de hoge uitval van jongere patiënten samen met het feit dat ze zich van hun ouders moeten aanmelden en daardoor de intrinsieke motivatie voor behandeling missen.

- Middel

Uitval vertoont een sterk verband met het gebruikte middel: patiënten die cannabis gebruiken hebben het grootste risico op voortijdige beëindiging van het intake-traject. Na correctie op leeftijd als versturende variabele is dit verband echter verdwenen. Dit betekent dat patiënten die cannabis gebruiken weliswaar vaker uitvallen, maar dat dit samenhangt met het feit dat deze patiënten voornamelijk uit de leeftijdsgroep “jeugd” komen. Bij de cannabisgebruikers valt ongeveer 53% van alle patiënten uit, bij patiënten die primair andere middelen gebruiken is de uitval 40%.

- Regio

Ook de uitval per regio is verschillend: Utrecht heeft significant meer uitval dan Amersfoort. Echter, in Amersfoort meldt een groot deel van de patiënten zich aan via het open spreekuur: aanwezigheid op dit open spreekuur geldt als aanmeldgesprek. Een patiënt hoeft geen afspraak te maken om op dit open spreekuur te komen. Er is voor deze patiënten dus geen wachttijd tussen telefonische aanmelding en het aanmeldgesprek: ze melden zich immers niet telefonisch aan maar komen op gesprek op het moment dat zij daar behoefte aan hebben. Hierdoor is de uitval in Amersfoort in het eerste gedeelte van het intake-traject zeer gering. De uitval tussen het aanmeldgesprek (of open spreekuur) en het intakegesprek is in Utrecht en Amersfoort gelijk, evenals de uitval tussen het intakegesprek en het adviesgesprek. Amersfoort heeft dus voornamelijk een lagere uitval vanwege het open spreekuur.



- Verblifslocatie

Patiënten die nog in het ouderlijk huis wonen, vallen vaker uit dan patiënten die elders wonen. Ook dit heeft hoogstwaarschijnlijk weer te maken met het feit dat deze patiënten in de groep “jeugd” vallen. Daarnaast vallen de patiënten die in een instituut, in een instelling of op kamers wonen of op straat zwerven ook significant vaker uit dan de patiënten die in een eigen huis wonen. Een mogelijke verklaring hiervan is dat deze patiënten geen netwerk om zich heen hebben waar ze op terug kunnen vallen. Zie hiervoor ook het volgende punt

- Burgerlijke staat

Patiënten die gehuwd zijn of een geregistreerd partnerschap zijn aangegaan, vertonen het kleinste risico op uitval. (Dit zijn overigens ook weer de patiënten die het vaakst een eigen huis bewonen, vandaar bovenstaande opmerking bij “verblifslocatie”). De groep patiënten die niet gehuwd is en nooit gehuwd is geweest vertoont een significant sterker verband met uitval dan alle andere patiëntengroepen.

- Afwezige verbanden

Op het eerste gezicht lijkt het geboorteland van de patiënt een belangrijke rol te spelen in de drop-out. In het totale cohort is 84% van de patiënten van Nederlandse afkomst terwijl bij de drop-outs dit percentage 74% bedraagt. In de analyse blijkt dit verschil echter niet significant te zijn.

Ook de aan- of afwezigheid van dagbesteding heeft geen significante invloed op het al dan niet afhaken van patiënten. Uitval is evenmin afhankelijk van de inkomstenbron van een patiënt: het maakt niet uit of deze loon ontvangt of een uitkering krijgt, het verband met uitval is even groot. Geslacht is eveneens niet van invloed op de vraag of een patiënt afhaakt: mannen en vrouwen beëindigen even vaak voortijdig het intake-traject.

Tot slot zijn er geen significante verbanden zichtbaar tussen opleidingsniveau en uitval. Mogelijk heeft dit ook te maken met het feit dat er zich slechts 9 patiënten hebben aangemeld met een opleidingsniveau van HVO, HBO, VWO of WO. Het opleidingsniveau van de aangemelde patiënten ligt daarom relatief dicht bij elkaar.



7 Beantwoording deelvragen & hoofdvraag

In dit hoofdstuk zal ik de vragen beantwoorden die ik in de onderzoeksopzet (hoofdstuk vijf) heb gesteld. Aangezien ik in de voorgaande paragrafen zeer uitgebreid ben ingegaan op de resultaten heb ik er voor gekozen om de beantwoording van de deelvragen beknopt te houden. Ik zal in paragraaf 6.11.1 alleen ingaan op het benoemen van de punten die door patiënten zijn genoemd, in hoofdstuk zeven zal ik deze punten omzetten in concrete actiepunten.

7.1 Beantwoording deelvragen

1. *Wat vonden de program completers sterke punten van het intake-traject bij CMB?*

De program completers vonden de polikliniek in Amersfoort mooi en prettig om in aanwezig te zijn. Ook over de praktische bereikbaarheid van dit gebouw waren ze tevreden, met name de patiënten die met het openbaar vervoer kwamen. Ongeveer de helft van de completers was tevreden over de telefonische bereikbaarheid van CMB. Ze hadden het juiste nummer en hoefden niet lang te wachten voor ze iemand aan de telefoon hadden. Daarnaast waren de completers in het algemeen tevreden over de informatievoorziening. Ze vonden de informatie helder en er was ook genoeg informatie beschikbaar.

De completers waren vooral positief over de inhoud van de zorg en de continuïteit in persoon. Ze vonden dat ze meestal te maken hadden met inhoudelijk deskundige hulpverleners. Ze vonden dat deze deskundigheid niet altijd optimaal werd benut maar erkenden wel de aanwezigheid van de deskundigheid. Daarnaast vonden ze het prettig dat praktisch alle afspraken die ze hadden bij CMB waren doorgegaan. Ook als er een hulpverlener ziek was, werd er voor vervanging gezorgd waardoor de continuïteit van de afspraken werd gewaarborgd. De completers konden dit zeer waarderen. De helft van de completers gaf aan zich serieus genomen te voelen. Ze hadden het idee als mens gezien te worden. Er werd voldoende tijd voor ze genomen en ook werd er rekening gehouden met hun achtergrond. Bovendien waren ze gedeeltelijk tevreden over de communicatie. De helft van de patiënten had geen opmerkingen over de communicatie: ze waren goed op de hoogte gehouden van de afspraken, informatie tussen hulpverleners onderling was correct doorgegeven en ze vonden de communicatie duidelijk, respectvol en professioneel.

In grote lijnen was de helft van de completers tevreden over de uitvoering van het intake-traject. Ze voelden zich gehoord en welkom en konden niet wachten tot de



behandeling ging beginnen. De andere helft was minder tevreden, hierover meer bij deelvraag drie.

2. Wat vonden de drop-outs sterke punten van het intake-traject bij CMB?

De praktische bereikbaarheid van de polikliniek in Amersfoort werd door de drop-outs als een sterk punt benoemd. Met name de patiënten die met het openbaar vervoer kwamen, waren hierover zeer tevreden. Ook waren de drop-outs tevreden over de hoeveelheid beschikbare informatie en de beschikbaarheid van deze informatie. Over de wijze en het moment van informeren hadden ze wel opmerkingen, zie hiervoor deelvraag vier.

Hoewel ze het idee hadden dat hulpverleners niet altijd verstandig omgingen met hun deskundigheid, hadden de drop-outs wel het idee dat de hulpverleners deskundig waren en voldoende kennis over verslavingen hadden. Bovendien hadden allochtone drop-outs het idee dat hulpverleners kennis hadden van verschillende culturele achtergronden en hierin hun hulpverlening waar mogelijk ook rekening mee hielden. Ze voelden zich in elk geval gerespecteerd.

3. Wat vonden de program completers zwakke punten van het intake-traject bij CMB?

De program completers vonden dat ze te lang moesten wachten tussen het adviesgesprek en de start van de behandeling in. Wat deze wachttijd voor hen extra moeilijk maakte, was dat ze na het adviesgesprek naar huis gingen zonder dat ze wisten wanneer de behandeling van start ging. Ze wisten dus dat ze moesten wachten maar niet hoe lang. Deze onzekerheid vonden ze erg moeilijk.

Een ander punt waar de completers moeite mee hadden was de inrichting van de wachtkamer, voornamelijk de wachtkamer in Utrecht. Ze misten privacy en voelden zich bekeken. Ook in Amersfoort vonden ze de wachtkamer niet echt prettig maar hadden ze wel het idee dat ze enigszins privacy hadden. De program completers waren zeer ontevreden over de huisvesting van de polikliniek in Utrecht. Ze vonden het gebouw onprettig, ze voelden zich er ongemakkelijk en vonden dat het geen professionele uitstraling had. Ook de bereikbaarheid van deze polikliniek vonden ze een zwak punt, met name de bereikbaarheid met de auto. Het bereiken van en parkeren bij het gebouw is niet makkelijk, sommige patiënten hebben er daarom voor gekozen later in het traject de auto te verruilen voor de bus.



Wat ook door completers als een zwak punt werd beoordeeld, was dat ze het gevoel hadden niet mee te kunnen beslissen in hun behandeling. Ze hadden het idee dat ze alleen enigszins konden aangeven wat hun wensen waren maar dat ze uiteindelijk niet mee konden beslissen. Ze konden slechts instemmen met het advies dat ze gegeven werd omdat ze nergens anders terecht konden voor hulp.

De program completers waren deels ook niet tevreden over de telefonische bereikbaarheid van CMB. Een deel van de respondenten had het verkeerde telefoonnummer van de verwijzer gekregen en een ander deel kreeg geen gehoor.

Completers vonden de communicatie over en met patiënten een van de zwakkere punten van CMB. De informatie uit het aanmeldgesprek was niet altijd correct doorgegeven aan degene die het intakegesprek hield, soms was de informatie zelfs helemaal niet terug te vinden. Respondenten vonden dit vervelend, mede doordat ze het al storend vonden dat ze twee keer op een gesprek moesten komen dat voor hen hetzelfde leek (aanmeld- en intakegesprek). Daarnaast vonden ze dat de communicatie naar de patiënt toe niet altijd correct was: ze kregen niet altijd de juiste informatie, ze vonden de benadering soms te onpersoonlijk en ze vonden het niet altijd even duidelijk waar ze aan toe waren als het ging om nieuwe afspraken die nog gepland moesten worden. Ze moesten thuis afwachten wanneer ze gebeld zouden worden en dit vonden ze zeer onprettig.

Naast deze punten omtrent communicatie gaven de completers ook het nakomen van afspraken aan als een zwak punt. Enerzijds vonden ze het vervelend dat er soms toezeggingen werden gedaan die later weer werden ingetrokken. Anderzijds vonden ze het ook vervelend dat er heel strikt met regels en protocollen werd omgegaan waarbij er geen ruimte was voor toepassing op de individuele situatie van de patiënt.

Met name de respondenten die zo ontevreden waren over een van de punten in het intake-traject dat ze liever ergens anders hulp hadden gezocht als dat mogelijk was geweest, gaven aan dat het intake-traject niet naar wens was uitgevoerd. Ze hadden echter geen keuze en omdat ze wel behandeling nodig hadden of omdat ze een ondersteunend netwerk hadden hebben ze het intake-traject wel voltooid, maar waren dus niet tevreden over het intake-traject.



4. *Wat vonden de drop-outs zwakke punten van het intake-traject bij CMB?*

De drop-outs vonden de wachttijd tussen de afspraken in het intake-traject en de totale wachttijd van het intake-traject veel te lang. Ze vonden deze lange wachttijden getuigen van gebrek aan deskundigheid en voelden zich niet serieus genomen omdat de urgentie van hun hulpvraag in hun ogen niet werd gezien. Daarnaast vonden ze de wachtkamers zeer onprettig: met name de wachtkamer in Utrecht vonden ze heel vervelend. Ze voelden zich er ongemakkelijk en misten iedere vorm van privacy. Evenals de wachtkamer vonden de drop-outs het totale gebouw van de polikliniek in Utrecht zeer onprettig. Ze voelden zich er niet thuis, ze vonden de sfeer onprettig, ze vonden dat de gesprekskamers meer weg hadden van verhoorkamers en ze misten licht in de gesprekskamers.

Daarnaast vonden ze de praktische bereikbaarheid van de polikliniek in Utrecht slecht (om dezelfde redenen als de program completers), voor sommige drop-outs gaf deze slechte bereikbaarheid de doorslag om niet meer naar gesprekken te komen. Ook vonden ze de telefonische bereikbaarheid van CMB slecht: ze kregen vaak het verkeerde telefoonnummer van de verwijzer.

De drop-outs waren deels tevreden over de informatievoorziening, maar ze hadden hier ook aanmerkingen op. In het informatiepakket zat een folder over de wijze van aanmelden, terwijl ze dit pakket pas kregen als ze het aanmeldgesprek al hadden gehad. Ze hadden het pakket daarom liever voor het eerste gesprek gekregen. Daarnaast misten ze in het informatiepakket folders over hun specifieke verslaving. Een deel van de respondenten had informatie op internet gezocht: de website was wel duidelijk maar vaak niet bereikbaar. Jongeren vonden de informatie in het informatiepakket en de website niet aansluiten bij hun leefwereld.

De drop-outs vonden de telefoniste en degene met wie ze het aanmeldgesprek hadden niet altijd even deskundig. Bij laatstgenoemde gaven ze aan dat ze dit vooral baseerden op het gebrek aan tijd dat ze voor hen beschikbaar had: volgens hen is voldoende tijd een belangrijke voorwaarde voor hulpverlening aan mensen met een verslaving. De telefoniste werd in benadering het minst positief beoordeeld, gevolgd door de aanmelder. De intaker werd het meest positief beoordeeld.

Evenals een deel van de completers vonden de drop-outs dat er te strikt met protocollen en regels werd omgegaan: ze vonden het vervelend dat er geen ruimte was om deze toe te passen op hun individuele situatie. Daarbij vonden ze de communicatie niet prettig: ze



vonden het vooral onprettig dat de communicatie deels onpersoonlijk is (via brieven) en dat ze de communicatie niet altijd duidelijk vonden waardoor ze niet op tijd waren voor een afspraak of op de verkeerde locatie aanwezig waren. Jongeren vonden de communicatiemiddelen niet van deze tijd: zij zouden liever per e-mail of sms benaderd willen worden.

Veel drop-outs waren niet tevreden over een onderdeel of soms zelfs over het geheel van het intake-traject. Dit had vaak te maken met de onderwerpen die hierboven staan beschreven: zo vonden ze de communicatie niet prettig, waren ze het niet eens met het advies, vonden dat ze niet prettig benaderd werden etc. Dit alles bij elkaar voldeed niet aan hun wensen en verwachtingen van het intake-traject.

De drop-outs die afhaakten in het adviesgesprek deden dit vaak omdat ze het gegeven advies niet konden combineren met hun dagelijks leven (financieel of sociaal). Tot slot gaven zeer veel respondenten aan dat ze steun van CMB misten op het moment dat ze moesten wachten tussen twee afspraken in.

5. Waar verschilden de meningen van de program completers en de drop-outs?

De program completers verschilden op diverse punten van mening met de drop-outs. Het eerste punt is dat de completers de wachttijd in het intake-traject minder storend vonden dan de drop-outs. Overigens was hun wachttijd ook korter wat dit verschil van mening goed kan verklaren. Wat ook invloed had op hun beleving van de wachttijd in het intake-traject was dat zij ook te maken hebben gekregen met de wachttijd tussen het intake-traject en de start van de behandeling. Deze wachttijd is langer dan de wachttijd in het intake-traject waarbij het aan het begin van deze wachttijd ook niet duidelijk is hoe lang de patiënt moet wachten. Dit levert voor de patiënt extra spanning op. Mogelijk levert het vergelijk van deze wachttijd met de wachttijd in het intake-traject een mildere mening ten opzichte van laatstgenoemde wachttijd op.

De program completers vonden de hulpverleners deskundiger dan de drop-outs en vonden deze deskundigheid ook beter tot uiting komen in het intake-traject. Daarnaast voelden de program completers zich meer serieus genomen, hadden ze vaker het idee dat er ruimte was voor hun persoonlijke wensen en mening en vonden ze dat er goed naar ze geluisterd werd. Bovendien vonden ze dat er voldoende tijd voor ze beschikbaar was, de drop-outs gaven juist vaak aan dat ze het idee hadden dat er niet voldoende tijd voor ze was omdat het druk was bij CMB en dit ook door hulpverleners werd beaamd.



Het laatste punt omtrent de inhoud van de zorg waarover de completers en de drop-outs van mening verschillen is de communicatie. Daar waar de helft van de completers tevreden was over de wijze waarop er met en over ze gecommuniceerd werd, waren bijna alle drop-outs minder tevreden over de communicatie. Ze gaven vaker aan dat er communicatiestoornissen waren tussen de aanmelder en de intaker waardoor informatie niet of niet correct was doorgegeven. Daarnaast vond de helft van de completers de communicatie duidelijk, respectvol en professioneel, de drop-outs gaven dit niet aan.

Ongeveer de helft van de program completers gaf aan dat het intake-traject naar wens was uitgevoerd. Bijna geen enkele drop-out gaf aan dat hij ook tevreden was over de uitvoering van het intake-traject.

6. *Waarin kwamen de meningen van de program completers en de drop-outs overeen?*

Zowel de completers als de drop-outs hadden niet het idee dat ze mee kunnen beslissen over de vorm en de inhoud van hun behandeling. Ze konden aangeven wat ze zouden willen maar hadden niet het gevoel dat ze ook daadwerkelijk mee konden beslissen op het moment dat er een advies werd voorgelegd.

Ten tweede waren beide groepen niet tevreden over de praktische bereikbaarheid van de poli in Utrecht en dan met name de bereikbaarheid per auto. Ook op de telefonische bereikbaarheid, zowel van de poli in Utrecht als in Amersfoort, hadden ze dezelfde punten aan te merken. Jongeren voelden zich niet thuis in het gebouw, ze vonden het gebouw onprettig maar voelden zich ook niet thuis tussen de volwassen verslaafden.

Beide groepen respondenten waren tevreden over de vorm van de informatievoorziening. Ze vonden de informatie op de website en in het informatiepakket duidelijk. Wel zou de informatie toegespitst mogen worden op de verschillende doelgroepen zodat de informatie specifiek kan: nu is de informatie nog erg algemeen. Jongeren waren niet tevreden over de informatievoorziening: zij vonden de folders en de website niet geschikt voor hun leeftijdsgroep.

Het vierde aandachtspunt is dat patiënten niet tevreden waren over het nakomen van afspraken door hulpverleners: ze vonden aan de ene kant dat afspraken die met individuele patiënten waren gemaakt niet altijd werden nagekomen, aan de andere kant vonden ze de



hulpverleners juist te strikt in het navolgen van de regels en protocollen van CMB. Er was geen ruimte voor individuele interpretatie of afwijking van deze regels.

Het laatste punt waar deze groepen het over eens waren, was dat ze niet altijd even tevreden waren over de communicatie over en met patiënten. De communicatie over patiënten verliep niet altijd correct waardoor hulpverleners geen, onjuiste of incomplete informatie ontvangen. De communicatie met patiënten was niet altijd transparant, onduidelijk en onpersoonlijk.

7. In hoeverre is de uitval van patiënten afhankelijk van patiëntkenmerken?

Als we kijken naar de mate waarin de uitval patiënten afhankelijk is van patiëntkenmerken zien we dat er drie basale kenmerken zijn waar sprake is van samenhang met uitval. Het eerste kenmerk is de leeftijd van de patiënt. Patiënten in de leeftijdsgroep “jeugd” vallen vaker uit dan andere patiënten. Hoogstwaarschijnlijk heeft dit te maken met het gebrek aan intrinsieke motivatie van deze patiëntengroep: de meeste jongeren gaven aan dat ze van hun ouders naar CMB moeten. Gebrek aan intrinsieke motivatie is een belangrijke reden voor uitval en lijkt hier door te werken in deze leeftijdsgroep. Het tweede kenmerk heeft hier ook mee te maken: burgerlijke staat blijkt een grote invloed te hebben op de uitval van patiënten. Patiënten die getrouwd zijn vallen minder snel uit dan patiënten die alleenstaand zijn. Ook dit lijkt in verband te staan met de aanwezigheid van een netwerk: indien deze patiënten in eerste instantie vanuit interne motivatie naar CMB waren gegaan, gaven ze aan dat de steun van een partner hen hielp om ook naar de volgende afspraken te gaan. Het laatste kenmerk is niet zozeer een kenmerk van de patiënt zelf maar wel van zijn intake-traject: patiënten die langer moeten wachten op gesprekken lopen een groter risico om voortijdig uit te vallen dan patiënten met een kortere wachttijd.

8. Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor de hulpverlening binnen CMB aan de hand van bovenstaande antwoorden?

Deze deelvraag zal ik beantwoorden in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.



7.2 Beantwoording hoofdvraag aan de hand van drie centrale thema's

In deze paragraaf zal ik antwoord geven op de hoofdvraag. Daartoe zal ik eerst de koppeling maken tussen de resultaten van mijn empirisch onderzoek en mijn theoretisch kader.

7.2.1 Drie centrale thema's

In de literatuurstudie heb ik de centrale thema's van vraaggericht werken benoemd. Het eerste thema (p.30) is dat de patiënt de regie over zijn eigen leven voert. Het tweede thema (p.22) is dat de hulpverlener dient aan te sluiten bij de patiënt om vanuit zijn professionele standaarden de beste hulp te kunnen bieden. Het derde thema (p.28) is dat deze dialoog tussen hulpverlener en patiënt de kern is van vraaggericht werken.

Deze thema's heb ik omgezet in drie vragen die ik in deze samenvatting zal beantwoorden voor CMB:

- 1 Heeft de patiënt de regie over zijn eigen situatie in het intake-traject?
- 2 Maakt het CMB de vertaalslag naar de individuele situatie van de patiënt?
- 3 Is er echt contact van de mens-verslaafde met de mens-hulpverlener?

Deze thema's kunnen niet los van elkaar gezien worden. Op het moment dat de patiënt geen regie heeft, is het moeilijk om de aansluiting te vinden bij deze patiënt. Hierdoor wordt het maken van de vertaalslag door CMB bemoeilijkt. Als deze vertaalslag niet wordt gemaakt, is echt contact tussen de mens-verslaafde en de mens-hulpverlener haast onmogelijk. Aan de andere kant is het niet zo dat als bijvoorbeeld de patiënt wél de regie over zijn eigen situatie heeft, de hulpverlener of hulpverlenende instantie vervolgens vanzelfsprekend de vertaalslag naar de individuele situatie van de patiënt maakt. Met deze koppeling tussen de thema's op de achtergrond zal ik de drie vragen hieronder beantwoorden. Ik zal hierbij "wachtijd in het intake-traject" als voorbeeld gebruiken om te laten zien hoe deze thema's in de praktijk tot uitdrukking komen.



Heeft de patiënt de regie over zijn eigen situatie?

De patiënten bij CMB gaven aan dat ze merendeels geen regie hadden over hun eigen situatie. Dit is het gevolg van een combinatie van factoren.

De belangrijkste oorzaak van het gebrek aan regie is dat het aanbod van hulpverlening in de verslavingspsychiatrie beperkt is: CMB is een van de weinige aanbieders van verslavingspsychiatrie in de regio Utrecht. Patiënten hebben hierdoor niet de mogelijkheid om verschillende instellingen te vergelijken en hulp te aanvaarden bij de instelling die zij het meest bij zichzelf vinden passen. Dit gaven ze in de interviews ook aan: als ze het niet eens waren met een bepaald hulpaanbod van CMB of als ze het niet eens waren met de gang van zaken hadden ze niet de mogelijkheid om elders naar hulp te gaan zoeken.

Daarnaast laten patiënten vaak niet horen wat ze vinden van de hulpverlening bij CMB. Dit heeft aan de ene kant te maken met het feit dat ze weinig keuze hebben in hulpverlenende instanties, aan de andere kant heeft het er ook mee te maken dat ze het moeilijk vinden om te zeggen waar ze tegenaan lopen. Ze gaven in de interviews aan dat het “toch geen zin heeft”, dat ze wel begrijpen dat het druk is bij CMB en dat ze daarom denken dat er geen plek is voor hun persoonlijke wensen, etc. (Dit heeft overigens ook te maken met de laatste vraag naar de aanwezigheid van “echt contact”).

In het voorbeeld van de wachttijd in het intake-traject is te zien dat patiënten in het intake-traject een gebrek aan regie ervaren. Patiënten gaven aan dat ze lang moesten wachten of dat er afspraken werden gepland op momenten die voor hen slecht uitkwamen. Ze zouden liever zelf bepalen wanneer ze een afspraak konden maken: zowel op de dag als het tijdstip van de afspraak zouden ze meer invloed willen kunnen uitoefenen. Patiënten in Amersfoort hebben meer invloed hierin doordat ze op het moment dat het hen schikt naar het open spreekuur kunnen gaan.

Regie van de patiënt is aldus niet in optimale vorm aanwezig bij CMB. Dit heeft ook invloed op het antwoord op de tweede vraag.



Maakt de hulpverlener de vertaalslag naar de individuele situatie van de patiënt?

Bij deze vraag is het belang van de aanwezigheid van regie aan de kant van de patiënt extra duidelijk: het maken van de vertaalslag betekent dat er een verbinding gelegd moet worden tussen het proces van de patiënt en het proces van CMB. Daarom is er ook een link naar regie: aan het proces van de patiënt kan alleen recht gedaan worden als hij zelf regie kan voeren (hij is namelijk zelf de enige die dat proces kent). In de huidige situatie ligt nu nog te veel nadruk op het proces van CMB, waardoor de vertaalslag naar de individuele situatie van de patiënt bij CMB dan ook vaak nog niet gemaakt lijkt te worden.

Wat ik van de respondenten hoorde, is dat ze het idee hebben dat er alleen volgens regels en protocollen gewerkt wordt en dat er slechts zeer beperkt ruimte is voor individuele wensen. Ook de uitleg waarom deze vertaalslag niet gemaakt kan worden, ontbreekt: hulpverleners geven aan dat “dit de regels zijn”. Patiënten begrijpen wel dat CMB een groot centrum is en dat het daarom niet mogelijk is om met alle wensen rekening te houden, maar ze vinden het een gemis dat er geen uitleg plaatsvindt over het waarom van bepaalde beslissingen.

In bovenstaande paragraaf heb ik de onvrede onder patiënten over de wachttijd in het intake-traject al in het kader van gebrek aan regiemogelijkheden geplaatst, maar deze onvrede heeft ook te maken met de gebrekkige vertaalslag die de hulpverlener hierin aanbrengt. Hij vertaalt de hulpvraag van de patiënt niet in een passend hulpverleningstraject voor de individuele patiënt maar zet volgens de protocollen een intake-traject uit met gestandaardiseerde wachttijden. De patiënt heeft geen regie in het regelen van de wachttijd, hierdoor is het voor de hulpverlener moeilijk om aan te sluiten bij de individuele situatie van de patiënt en dit gebeurt dus ook te weinig.

Hoewel respondenten aldus aangaven dat ze niet het idee hadden dat ze de regie konden voeren, konden ze wel goed aangeven wat ze anders zouden willen zien en waar de vertaalslag dus niet gemaakt werd. Deze wensen geven aan waar de mogelijkheden liggen om de vertaalslag alsnog te maken. De wachttijden in het intake-traject tussen de verschillende gesprekken waren voor veel patiënten te lang en ook duurde het totale intake-traject te lang. De wachttijd tussen het intake-traject en de behandeling werd door de completers ook te lang gevonden: zij zouden bovendien liever na het adviesgesprek naar huis gaan met een nieuwe afspraak op zak voor een volgend gesprek. Nu werden ze vaak naar huis gestuurd met de mededeling dat er weer contact met ze opgenomen werd als er een plek voor ze was op de behandelplek waarvoor ze op de wachtlijst stonden. De wachttijd veroorzaakte bij veel respondenten een ongemakkelijk gevoel waardoor ze ofwel veel gingen



gebruiken om de tijd door te komen ofwel zo tegen het volgende gesprek op gaan zien dat ze besluiten niet meer te gaan. Ze zouden het daarom prettig vinden als er tussendoor contact met ze onderhouden werd om de band met CMB te laten bestaan. Ook patiënten die afspraken waren vergeten door de lange wachttijd gaven aan dat ze graag herinnerd zouden willen worden aan deze afspraak.

Bovendien zouden de patiënten die al eerder in behandeling waren geweest als ze het voor het zeggen hadden, het intake-traject voor zichzelf willen inkorten: ze waren immers al bekend bij CMB en vonden het niet nodig dat ze het hele intake-traject weer moesten doorlopen.

In de invulling van hun behandeling zouden de respondenten ook meer zeggenschap willen hebben. Ze wilden zelf kunnen bepalen wat de vorm van hun behandeling zou zijn (deeltijd of opname, in groepen of individueel, heel intensief of meer gespreid in de tijd) en wanneer ze behandeld werden (in de weekenden, in de avonden of overdag). Daarnaast zouden de respondenten een betere toegang tot de zorg willen hebben: met name de drop-outs gaven aan dat ze moeite hadden met het praktisch en telefonisch bereiken van CMB. Toegankelijkheid kan ook bereikt worden door de zorg dichterbij de patiënt te brengen: meerdere locaties in de stad zouden veel bereikbaarheidsproblemen kunnen verhelpen.

In feite zou CMB met de patiënten een team moeten vormen. Dit kan de vertaalslag van algemene regels naar de individuele patiënt vergemakkelijken. Werken in een team vereist wezenlijk betrokkenheid van beide kanten, het serieus nemen van elkaars plek in het proces en een vorm van wederzijdse afhankelijkheid om doelen te bereiken. Als hulpverleners zich voortdurend afvragen hoe ze in een team bepaalde situaties zouden behandelen, worden bepaalde vraagstukken als vanzelf opgelost. Zo laat je een teamgenoot niet zelf zoeken naar een parkeerplek als je weet dat deze moeilijk te vinden zijn. Als een teamgenoot problemen heeft, ga je niet een uurtje in gesprek waarna je diegene pas op zijn vroegst een week later weer spreekt. Je zorgt er dan voor dat je óf zelf tussendoor nog contact hebt óf dat iemand anders als vangnet fungeert. Als je een teamgenoot op bezoek krijgt, zorg je dat je huis opgeruimd is, dat hij ergens kan zitten waar hij zich op zijn gemak voelt. Als je tegen een teamgenoot zegt dat hij je kan bellen als hij hulp nodig heeft, moet je er ook voor zorgen dat je telefonisch bereikbaar bent. Bij een teamgenoot vraag je je af wat je kan doen om deze persoon te helpen waarbij je specifiek op dat individu richt. Dit brengt me tevens bij de laatste vraag.



Is er echt contact van de mens-verslaafde met de mens-hulpverlener?

Zoals ik hierboven al beschreven heb, zijn de hulpverleners vaak niet op de hoogte van de totale situatie en de echte wensen van de patiënten. Dit maakt het haast onmogelijk om echt contact te hebben: weten met wie je contact hebt en wat de wensen van deze persoon zijn, is daarvoor immers een voorwaarde. Het gebrek aan regie aan de kant van de patiënt en de gebrekkige vertaalslag naar de individuele patiënt heeft bij CMB invloed op het contact tussen de patiënt en de hulpverlener. Ik zal dit wederom illustreren aan de hand van het voorbeeld van de wachttijd in het intake-traject.

Het gebrekkige contact is terug te zien in de manier waarop er over en met patiënten wordt gecommuniceerd omtrent de wachttijd. Zo gaven enkele respondenten aan dat ze behoefte hadden aan afspraken op zeer korte termijn maar dat ze wisten dat er weinig tijd beschikbaar was en dat ze daarom niet aan de hulpverlener vertelden dat ze eigenlijk liever eerder een afspraak zouden hebben. Als er echt contact zou zijn tussen de patiënt en de hulpverlener zou laatstgenoemde ten minste op de hoogte zijn van deze wens van de patiënt: het bekendmaken en leren kennen van de wensen van de patiënt zou dan deel uitmaken van het basale contact tussen de patiënt en de hulpverlener.

Hier gaat weer het vergelijk op met de patiënt als teamgenoot: van een teamgenoot is het belangrijk om te weten wat deze wil, wat de situatie van deze persoon is en daarom is het van groot belang om écht in contact te treden. Transparantie is hierbij het sleutelwoord: dat is de basisvoorwaarde voor echt contact en het kunnen functioneren als team.

Al met al wordt er bij CMB nog niet optimaal vraaggericht werken. Er zijn nog vele mogelijkheden om de regie van patiënten te vergroten, de vertaalslag naar de individuele situatie van de patiënt te versterken en het contact te verbeteren. Als deze mogelijkheden benut worden, is het mogelijk dat minder patiënten in het intake-traject voortijdig zullen afhaken. Ik heb deze mogelijkheden omgezet in concrete aanbevelingen: deze aanbevelingen staan beschreven in de volgende paragraaf.



7.2.2 Beantwoording van de hoofdvraag

De door mij geformuleerde hoofdvraag luidde als volgt:

In hoeverre sluit het intake-traject bij CMB aan bij de wensen en behoeften van patiënten en hoe kan het versterken van deze aansluiting bijdragen aan het minimaliseren van de uitval van patiënten?

Naar aanleiding van alle resultaten zoals ik ze hierboven heb beschreven denk ik dat de mate waarin vraaggericht werken wordt ingezet zeer bepalend is voor de slagingskans van de zorg in de verslavingspsychiatrie. Een gedeelte van de patiënten beëindigt het intake-traject voortijdig als gevolg van factoren die buiten de invloedssfeer van de hulpverlening liggen, maar een ander deel vertrekt vanwege de wijze van handelen bij CMB. Dit heeft te maken met de vorm en de inhoud van zorg waarbij de patiënten zeer goed weten met welke aspecten van zorg ze moeite hebben en hoe ze het anders zouden willen zien. Gebrek aan regie en gebrek aan echt contact met de hulpverleners vormen de kern van hun redenen voor vroegtijdige beëindiging. Het antwoord op de hoofdvraag is aldus dat het intake-traject niet geheel aansluit op de wensen en behoeften van de patiënten (hierboven staat beschreven waar deze aansluiting mist). Het is mogelijk om bepaalde onderdelen van het intake-traject zodanig te veranderen dat dit de uitval in het intake-traject kan verminderen. Concrete aanbevelingen die ik in dit kader kan doen staan in de volgende paragraaf.

7.3 Aanbevelingen

Hieronder staan de aanbevelingen voor CMB om de uitval in het intake-traject te verminderen. Ik heb er voor gekozen om de aanbevelingen te beschrijven aan de hand van de principiële punten die ik hierboven heb beschreven. De aanbevelingen die ik doe, hebben veelal te maken met het centraal stellen van de patiënt. Deze aanbevelingen gaan echter om de vraag hoe CMB dit kan doen: het gaat dus meer om de vertaalslag en de communicatie dan om de regie zelf. De aanbevelingen hebben wel regie-aspecten in zich: dit is te zien in zinsnedes als “afhankelijk van de individuele patiënt” en “indien gewenst door de individuele patiënt”. Omdat de aanbevelingen echter meer te maken hebben met de vertaalslag en de communicatie, heb ik ze toegespitst op deze twee thema’s.

Vertaalslag

1. Snij het intake-traject toe op de individuele patiënt. Door de lange wachttijd in het intake-traject haken veel patiënten voortijdig af. Aan de andere kant kan voor andere patiënten een langere wachttijd geen probleem zijn. De meest ideale situatie zou zijn als



de patiënten zich via een open spreekuur aan kunnen melden en vervolgens binnen enkele dagen het intake-traject kunnen afronden. De effectiviteit van het open spreekuur blijkt uit de resultaten die de polikliniek in Amersfoort hiermee boekt: de uitval is hierdoor significant lager.

2. Voeg het aanmeld- en het intakegesprek samen óf plan ze kort achter elkaar. Patiënten die twifelen over hun aanmelding en vervolgens een negatieve ervaring hebben in het aanmeldgesprek, komen vaak niet terug voor een intakegesprek. De patiënten die wél teruggekomen zijn voor het intakegesprek ervaren dit tegen al hun verwachtingen in als plezierig. Dit heeft met name te maken met het feit dat patiënten in het intakegesprek meer tijd, deskundigheid en diepgang ervaren.
3. Verkort het intake-traject voor mensen die al eerder bij CMB zijn geweest. Hun gegevens zijn bekend en daar waar twijfels zijn kan voor het eerste gesprek een korte telefonische inventarisatie plaatsvinden van de huidige stand van zaken.
4. Zorg voor een ruime, lichte en afgescheiden wachtkamer. Patiënten willen niet wachten op een plek waar iedere bezoeker van CMB langskomt. Gun ze hun privacy en stel ze op hun gemak door ze bij binnenkomst op een plezierige plek te laten wachten.
5. Zorg voor een ruim en licht gebouw waar mensen niet het gevoel hebben dat ze terug zijn de in jaren '70. Patiënten zouden graag gesprekken hebben in kamers die ramen hebben, niet gehorig zijn en vriendelijk zijn ingericht.
6. Bied de mogelijkheid tot gesprekken op locatie bij de patiënt in de buurt (afhankelijk van de behoefte van de patiënt). CMB heeft al enkele mogelijkheden om gesprekken te voeren op locatie: veel patiënten waarderen dit zeer. Ze vinden het ook prettig als dit plaatsvindt in een setting met meerdere gezondheidsinstellingen in een gebouw: dit confronteert hen minder sterk met hun verslaving.
7. Zorg voor de mogelijkheid tot ondersteuning van patiënten in het intake-traject rondom de feestdagen. Voor patiënten zijn dit moeilijke dagen en als ze nog geen hulp toegewezen hebben gekregen is de kans op een terugval in deze dagen extra groot.
8. Zorg voor een apart gebouw / aparte ruimtes voor jeugd. Veel jongeren voelen zich niet thuis bij CMB en hebben het gevoel dat ze niet echt de doelgroep zijn omdat de facilitering van de zorg niet is ingericht op hun leeftijdsgroep. Maak gesprekskamers met graffiti-schilderingen op de muur, hou gesprekken niet aan tafels maar op loungebanken, sluit ook in dit soort praktische zaken aan bij de dagelijkse leefwereld van de jongere.
9. Het netwerk van de patiënt speelt een belangrijke rol in het al dan niet uitvallen van de patiënt. Zorg dat je weet welk netwerk een patiënt om zich heen heeft (familie en vrienden). Als dit een positief netwerk is, betrek deze dan actief bij de behandeling. Zij kunnen als steun dienen op de momenten dat de patiënt niet bij CMB aanwezig is. Indien

er geen netwerk is, vervul indien nodig als CMB deze steunfunctie door intensiever contact met de patiënt te onderhouden.

10. Laat patiënten nooit zonder een nieuwe afspraak de deur uitgaan. Als het niet duidelijk is wanneer de behandeling van een patiënt van start gaat na het adviesgesprek, plan dan tussentijdse afspraken in (in persoon of telefonisch, afhankelijk van de situatie van de patiënt) om deze patiënt betrokken te houden bij CMB.

Communicatie

11. Adviseer mensen over de beste manier waarop ze CMB kunnen bereiken. Omdat CMB, met name in Utrecht, met de auto zeer moeilijk te bereiken is, kan het beste het advies worden gegeven om met het openbaar vervoer te komen met daarbij de uitleg hoe CMB het makkelijkst te bereiken is.
12. Behandel patiënten zoals je een teamgenoot zou behandelen en betrek de patiënt actief in het team. Dit versterkt contact en wederzijdse afhankelijkheid.
13. Controleer de verwijzers op de telefoonnummers die ze verstrekken. Veel patiënten hebben van de verwijzer een verkeerd telefoonnummer gekregen waardoor het lang duurde voor ze de juiste persoon aan de lijn hadden. Een mogelijkheid om de telefonische bereikbaarheid nog verder te vergroten is het aanmaken van één centraal nummer.
14. Spits de informatie in het informatiepakket toe op verschillende soorten van middelengebruik. De huidige informatie is erg algemeen van aard maar patiënten hebben vaak meer behoefte aan specifieke informatie over behandelmogelijkheden voor hun type verslaving.
15. Zorg dat de informatie die in de folders en op internet staat ook wordt waargemaakt. Indien dit niet mogelijk is moet de incorrecte informatie worden verwijderd.
16. Indien patiënten niet op een afspraak komen, probeer ze dan in eerste instantie telefonisch te bereiken voor er een tien-dagenbrief wordt verstuurd. Als er dan alsnog een brief verstuurd wordt, maakt deze dan persoonlijker dan de huidige brief. Een zakelijk briefje is slecht voor het teamgevoel.
17. Zorg er voor dat patiënten het informatiepakket eerder kunnen ontvangen indien zij behoefte hebben aan informatie. Dit kan via de huisarts of per post worden verspreid. De informatie die in het informatiepakket staat is voor patiënten prettig om te weten voor ze zich aanmelden, het meegeven van het pakket na het aanmeldgesprek is voor sommige patiënten te laat.
18. Maak een aparte website voor de jeugd.
19. Houd contact met de jeugd via moderne communicatiemiddelen (e-mail en sms).



8. Algemene beschouwing

Ik wil deze scriptie beëindigen met een bredere beschouwing van het door mij bestudeerde onderwerp. In de bredere context zal ik me vooral richten op de rol van de overheid in de verslavingsproblematiek. De verslavingszorg in Nederland is namelijk ernstig overvraagd en naar mijn idee wordt deze overvraging door de overheid gecreëerd en in stand gehouden. De belangrijkste vraag die ik hier wil stellen is of de overheid daadwerkelijk betrokken is bij de verslaafden en de verslavingszorg in Nederland. Mijn antwoord op deze vraag is een stellig “nee”.

Om te beginnen lijkt de overheid namelijk haar uiterste best te doen om “de verslaafde” niet te horen en niet serieus te nemen. Zoals het een goede struisvogel betaamt, steekt zij haar kop in het zand en hanteert slechts een minimalistisch gedoogbeleid op het gebied van softdrugs. Heeft ervaring de afgelopen jaren echter niet geleerd dat het zinloos is om drugsgebruik te kop in te drukken? Sterker nog, zou gestuurd gedogen niet veel effectiever zijn? Door zich te distantiëren van iedere vorm van meegaandheid houdt de overheid mijns inziens het probleem van de overvraagde verslavingszorg zelf in stand. Want zoals iemand pas tegen mij zei: “Als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan” en dat is precies wat hier gebeurt. Als een verslaafde niet kan gebruiken op een toegestane manier dan vindt hij wel een weg via het illegale circuit. Hiermee jaagt de overheid haar eigen burgers de zorg in, want in dit circuit zonder toezicht en zorg zijn deze mensen verloren. Vele verslaafden gebruiken toch wel, moeten ze daarbij dan ook nog het juk van het verbod en alle gevolgen van dien op hun schouders dragen?

Ik zeg hiermee niet dat verslaafden weerloze schapen zijn die geen eigen weg kunnen kiezen maar overgeleverd zijn aan het lot van het leven. Integendeel, ze zijn als mens prima in staat om hun eigen richting te bepalen, een basisvaardigheid die uitstekend past in de huidige samenleving. We leven in een geïndividualiseerde samenleving en denken ook in individualistische termen. Het denken in deze termen lijkt echter op te houden bij bepaalde doelgroepen, zoals verslaafden. Dit onderzoek heeft aangetoond dat verslaafden daarentegen ook weten wat ze willen, wat ze niet willen en de keuze maken als ze een keuze hebben. Het ontbreekt ze vaak aan adequate vaardigheden en een adequaat netwerk, maar dit betekent niet dat ze niet voor zichzelf kunnen denken en handelen. Ze moeten dan alleen wel de keuze hebben en niet door overheid en hulpverlening een kant op worden gedwongen. Dat ze er niet voor hebben gekozen om verslaafd te raken is de ene kant, dat is hun onmacht. Maar ze moeten ook de kans krijgen om hun macht die ze wel hebben te gebruiken, om hun eigen leven vorm te geven en hun eigen weg te gaan. Volgens Dalrymple



heeft iedereen, dus ook iedere verslaafde, de keuze in wat te doen met zijn leven. Ontkenning van deze eigen verantwoordelijkheid is de doodsteek voor iedere vorm van hulpverlening: gun de verslaafden dan ook hun eigen verantwoordelijkheid.

De ontkenning van deze verantwoordelijkheid lijkt echter prima te passen in het huidige tijdsbeeld. De recente geschiedenis van verzorgingsstaat bestaat uit een continu veranderend wereldbeeld. Door de ondergane veranderingen komen ook de hulpverleners in een onmogelijk spagaat terecht. Aan de ene kant schudden hulpverleners elke vorm van solidarisering met de doelgroep van zich af om iedere associatie met het “geitenwollensokkentrauma” te vermijden. Aan de andere kant mogen ze zich niet boven de patiënt verheffen (dit is immers paternalistisch en daar zijn “we” wars van). De enige mogelijkheid die rest is dus afstand nemen. En dat kan door het primaat van de zorg bij de patiënt te leggen. De hulpverleners valt hierin weinig te verwijten. Uit de literatuurstudie is gebleken dat er kaders voor hulpverleners bestaan aan de hand waarvan ze vraaggericht kunnen werken. De organisatie moet deze kaders echter wel realiseren om vraaggerichtheid te kunnen faciliteren. Dit vraagt weer om een politiek kader. Op dit moment draagt de overheid echter slechts bij aan marginalisering en overvraging van de zorg waarbij ze deze zorg ook nog eens opzadelt met de grootst mogelijke belemmeringen om daadwerkelijk vraaggericht te werken. Het echte vraaggerichte werken kan aldus pas van de grond komen op het moment dat de overheid haar ogen opent en wel daadwerkelijk betrokken naar de verslavingszorg gaat kijken.

Ik ben er van overtuigd dat de verslavingszorg nog vele stappen voorwaarts kan maken, met name als het gaat om vraaggericht werken. Ik denk echter wel dat de eerste belangrijke stap die gemaakt zal moeten worden die van de overheid is: zolang zij haar kop in het zand blijft steken, zal er geen daadwerkelijke progressie gemaakt worden.



9. Dankwoord

Zonder de hulp van vele anderen had deze scriptie nooit kunnen worden tot wat hij nu is. Ik wil iedereen die in enige vorm een bijdrage heeft geleverd dan ook bedanken voor iedere inspanning die is geleverd. Een paar mensen wil ik in het bijzonder noemen.

Allereerst de mensen die ik het meeste dank verschuldigd ben: mijn respondenten die me een oprechte kijk hebben gegund in hun bestaan. Zonder hen was dit onderzoek absoluut onmogelijk geweest.

Ben, bedankt voor je enthousiasme en je kritische blik. Je feedback was scherp en helpend, je interesse oprecht en ik vond het elke keer een feestje om samen met je naar het onderzoek en de bredere context te mogen kijken.

Gerdien, bedankt voor je hulp, je kritische noten en je vertrouwen in mij. Je hebt me geholpen en geïnspireerd maar vrijgelaten om het op mijn eigen manier te doen. Dat waardeer ik zeer, deze vrijheid was precies wat ik nodig had.

Teus, bedankt voor je hulp in mijn “inlijving” in CMB. Het was niet altijd even makkelijk om er rond te lopen en kritisch te zijn, maar waar nodig heb je de ingangen voor me geschapen om de broodnodige kijkjes in de keuken te krijgen.

Pap en mam, bedankt voor de morele steun en alle woensdag- en donderdagtentjes. Het (af)studeren was pittig, zeker in combinatie met de nachtelijke uurtjes op mijn werk: ik vond het daarom extra fijn en gezellig dat ik bij jullie terecht kon voor een bord eten en een luisterend oor.

Lieve Dick: zonder jou was ik nooit geworden wie ik nu ben en omdat ik nu ben wie ik ben kan ik ook doen wat ik nu doe. Kortom: zonder jou was dit er nooit geweest. Bedankt dat je er bent.



10. Literatuurlijst

- Bosselaar, H. (2005). *De vraag als antwoord. Vraagsturing en beleid: voorwaarden en risico's*. Rotterdam: Erasmus universiteit Rotterdam
- Bosselaar, H., Wolk, J., Zwart, K., Spiess, H. (2002) *Vraagsturing. De cliënt aan het roer in de sociale zekerheid en zorg*. Utrecht: tijdschrift voor arbeid en participatie, jaargang 23 nummer 3/4
- Casel, C. & LaPuma, J. (1991). *The noncompliant substance abuser*. Hastings center report, p.30-33
- Clarke, J., Newman, J. (1997) *The managerial state. Power, politics and ideology in the remaking of social welfare*. Londen: Sage publications.
- Dekker, E. (1998). *Het beleid beleefd: vraaggerichtheid van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Diest, H., Wijngaarden, B., Wijngaarden, J. (2002). *De vraag ontleed. Criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos
- Dijkstra, H., Meurs, P., Schrijvers, E. (2004) *Maatschappelijke dienstverlening: een onderzoek naar 5 sectoren*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Doornik, H., Drouven, L., Hoeksma, B., Schutte, S. (2003). *Verslavingszorg herijkt geijkt*. Enschede: HHM
- Duyvendak, J.W., Knijn, T., Kremer, M. (2006). *Policy, people and the new professional: de-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Gilbert, N. (2004). *Transformation of the welfare state: the silent surrender of public responsibility*. New York: Oxford University Press
- Jongeleen, J., Mulder, C. *Bemoeizorg en respect voor autonomie*. Tijdschrift voor psychiatrie 2003/9, p.575-577
- Kuijf, B. (2005). *Eigen keurmerk voor verslavingszorg*. Tijdschrift Psy november 2005
- Mauer, B. (2002). *Behavioral health / primary care integration: the four quadrant model and evidence-based practices*. Rockville: National Council for community behavioral healthcare
- Meininger, H.(2005). *Niet te koop, onbetaalbaar en toch in de etalage? Over marktdenken en geestelijke zorg*. Amersfoort: 's Heeren Loo Groep (studie- en ontmoetingsdag)
- Mheen, D. (2002). *Vraaggestuurde zorg: ook mogelijk in het verslavingsveld?* In: Bosselaar (2002) *Vraagsturing. de cliënt aan het woord in de sociale zekerheid en zorg*



- Ministerie van VWS (2002). *Zorg van velen. Eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag
- Oudenampsen, D. (2000). *Evaluatie Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut
- Pol, F. van de (2005). *Gereguleerde marktwerking in de GGZ*. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, jaargang 60, nr.11, p.1095-1107
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *De rollen verdeeld*. Zoetermeer
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). *Van patiënt tot klant*. Zoetermeer
- Rijckmans, M., Garretsen, H., Bongers, I., Goor, L. (2002). *Vraaggerichtheid en vraagsturing. Een poging tot conceptuele verheldering*. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jaargang 80 (2002), nummer 6, blz. 388-292
- Ritchie, C., Hayes, D., Ames, D. (2000). *Patient or client? The opinions of people attending a psychiatric clinic*. Melbourne: psychiatric bulletin, p.447-450
- Roeg, D. (2007). *Measurement of program characteristics of intensive community-based care for persons with complex addiction problems*. Tilburg: Universiteit van Tilburg
- Rutten, F.F.H. e.a. (2003). *Zorgaanbod en cliëntenperspectief: achtergrondstudie bij "van patiënt tot klant"*. RVZ: Zoetermeer
- Stel, J.van der (2004). *Het ziektebegrip van verslaving*. Gedrag en Gezondheid, april 2004, p.153 – 163
- Stel, J.van der (2004). *Verslaving als een medisch en moreel probleem*. In J.Vugt & R.Engels: *Wat heet verslaving?*, p.15 – 21. Nijmegen: uitgeverij Damon
- Tonkens, E. (2003). *Mondige burgers, getemde professionals: marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW
- Trappenburg, M. (2006). 'Societal Neurosis in Health Care.' In Duyvendak, J.W., Knijn, T. and Kremer, M. (2006). *Policy, People and the New Professional*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Voerman, G. (1989) *Liberalen op een tweesprong*. in: *Jaarboek Documentatiecentrum Nederlandse Politieke Partijen 1988*, p.102-130. Groningen
- Voet, G. (2005). *De kwaliteit van de WMCZ als medezeggenschapswet*. Rotterdam: Boom juridische uitgevers
- Weert, G.de (2000). *Dropping out. Prevalence and determinants of noncompliance in inpatient substance dependence treatment*. Utrecht: Universiteit Utrecht



- Wetering, B. (2005). *Herijking van de grondslagen van de verslavingszorg: naar een verslavingspsychiatrie*. Tijdschrift Sociale Psychiatrie, november 2005
- Wetering, B. (2001). *Visiedocument: Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg*. Rotterdam: Bouman verslavingszorg
- Wilensky, H. (1975) *The welfare state and equality: structural and ideological roots of public expenditure*. Berkeley
- Wilken, J. (februari 2005). *Gemeenschapszorg: community care als concept voor een leefbaarder samenleving voor iedereen.*
- www.clientenbond.nl
- www.ncbi.nlm.nih.gov
- www.nccbh.org
- www.nvvp.nl
- www.minvws.nl
- www.pvp.nl
- www.voicenederland.org



Bijlage 1: Criteria vraaggerichtheid

(naar: Diest 2005, p.87 e.v.)

Processen

1 Gelijkaardigheid: De hulpverlener gaat een gelijkaardige en respectvolle hulpverleningsrelatie aan met de cliënt, waarbij hij de cliënt ruimte geeft om zijn ervaringskennis in te brengen

2 Behandelingsovereenkomst: De hulpverlener stelt samen met de cliënt een behandelovereenkomst op waarin alle afspraken zijn vastgelegd. De hulpverlener en de cliënt houden zich aan deze overeenkomst. De behandelovereenkomst kan op elk gewenst moment worden aangepast, mits beide partijen daarmee akkoord gaan.

3 Voorlichting op maat: De hulpverlener zorgt ervoor dat de cliënt in alle stadia van het primaire proces beschikt over objectieve informatie over de ervaren klachten van de cliënt, het zorgaanbod van de instelling, de inhoud van de zorg en andere zorgmogelijkheden binnen en buiten de instelling.

4 Integrale probleemverkenning: De hulpverlener exploreert de hulpvraag vanuit het referentiekader van de cliënt, waarbij wordt aangesloten bij diens sociaal-culturele context, cognitieve vaardigheden, mogelijkheden, verwachtingen en behoeften.

5 Individueel zorgaanbod: De hulpverlener zorgt ervoor dat de gerealiseerde hulp aansluit bij de vraag van de cliënt. Indien de cliënt van mening is dat de geboden zorg niet (meer) passend is, is de hulpverlener verantwoordelijk voor de realisering van andere zorg binnen of buiten de instelling. Cliënten hebben vrije keuze in behandelaar en behandellocatie.

6 Wilsbeschikking: De mogelijkheid tot het aangaan van een zelfbeschikkingscontract of crisiskaart en het vastleggen van een wilsverklaring is een vast onderdeel van het hulpverleningsproces.

Leiderschap

1 Attitudeverandering: Een vraaggerichte manager treft maatregelen om de attitudeverandering bij de medewerkers ten aanzien van de vraaggerichte houding tegenover cliënten te bewerkstelligen. Deze maatregelen zijn schriftelijk vastgelegd.

2 Beleidsbetrokkenheid cliëntenorganisaties: Een vraaggerichte manager betreft cliëntenorganisaties en cliëntenraden bij het formuleren van de visie op de inhoud en organisatie van het zorgaanbod. De afspraken hierover met de betrokken organisaties zijn schriftelijk vastgelegd.

3 Netwerk: Een vraaggerichte manager voert structureel overleg met landelijke en regionale cliëntenorganisaties om op de hoogte te zijn van alle ontwikkelingen. Over de vorm en de frequentie van het overleg zijn afspraken vastgelegd.

4 Facilitering: Een vraaggerichte manager faciliteert de cliëntenraad door trainingen, opleidingen, tijdige informatieverstrekking en (financiële) middelen.

5 Behoeftetepeiling: Een vraaggerichte manager doet behoeftetepeilingen in de regio en stemt daar het instellingsbeleid op af.



Organisatie

1 Training: De personeelsfunctionaris en de teamleiders zorgen ervoor dat medewerkers door middel van scholing en intervisie in staat worden gesteld om vraaggerichte vaardigheden te ontwikkelen en te onderhouden.

2 Functie-eis: Medewerkers beschikken over vaardigheden om vraaggericht te kunnen werken, hetgeen ook is vastgelegd als functie-eis.

3 Aanstellingsbeleid: De personeelsfunctionaris heeft een actief aanstellingsbeleid ten aanzien van ervaringsdeskundigen en culturele en maatschappelijke minderheden, met name in het behandelteam.

4 Bescherming cliëntenrechten: De manager heeft maatregelen genomen om cliënten actief op hun rechten te wijzen en de cliëntenrechten in het primaire proces te waarborgen.

5 Zorgaanbod op basis van vraag: Het zorgaanbod wordt omschreven in de functies. Het zorgaanbod is gebaseerd op de vraag van cliënten en wordt op vastgestelde tijden geëvalueerd.

6 Handelingsvrijheid: Behandelaars en verpleegkundigen hebben voldoende vrijheid om in het kader van adequate hulpverlening snel en flexibel te kunnen reageren op concrete vragen van cliënten.

7 Missie en doelen: De instelling heeft samen met de cliëntenraad een vraaggerichte missie en concrete doelen geformuleerd, die zijn vastgelegd in een beleidsdocument. Deze worden op vastgestelde tijden geëvalueerd met cliënten, medewerkers, verwijzers, zorgkantoren, overheid en andere belanghebbenden.

8 Financiële flexibiliteit: (Een gedeelte van) de financiële middelen kan flexibel worden ingezet op beleidsniveau en op procesniveau om adequaat op de (veranderende) vraag te reageren.

9 Structurele betrokkenheid ervaringsdeskundigen: Ervaringsdeskundigen worden structureel betrokken bij de voorlichting en begeleiding van andere cliënten.

10 Cliëntenondersteuning: De instelling realiseert haar medeverantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van middelen voor cliëntenondersteuning en onafhankelijke keuzeondersteunende voorlichting door hierover afspraken te maken met cliëntenorganisaties.



Bijlage 2: Voorwaarden voor de vormgeving en omgevingsfactoren van vraaggerichtheid

(Bosselaar 2005, p.58)

Element	Vormgeving	Omgevingsfactoren
Regierol	<p>formele bevoegdheid cliënt tot initiatief</p> <p>formele bevoegdheid cliënt tot formuleren doel voorziening</p> <p>formele bevoegdheid cliënt tot invullen voorziening</p> <p>geen inhoudelijke beoordeling door derden</p> <p>formele bevoegdheid cliënt om wel/niet feitelijk gebruik te maken van voorziening</p>	<p>geen belemmeringen voor de cliënt door concurrerende wet- en regelgeving</p> <p>informatie voor de cliënt</p> <p>ondersteuning van de cliënt</p>
Consumentenrol	<p>bevoegdheid van cliënt én leverancier tot kiezen wederpartij</p> <p>exit-mogelijkheid voor de cliënt</p>	<p>competitieve markt (weinig drempels, nieuwkomers)</p> <p>informatie (voor en over de cliënt)</p> <p>betrekkelijk lage transactiekosten</p> <p>prikkels tot marktdeelname</p> <p>handelingsvrijheid voor de cliënt en leverancier</p> <p>mogelijke ondersteuning van de cliënt</p> <p>structuur voor handhaving van doelmatigheid en rechtmatigheid</p>

Bijlage 3: Voorwaarden voor het beperken van normatieve risico's

(Bosselaar 2005, p.65)

Normatieve risico's t.a.v.	Vormgeving	Omgevingsfactoren
Gelijkheid	Algemene aanbieding van de voorziening aan de gerechtigden Dwang of prikkels voor leveranciers om alle cliënten te bedienen Aanbodgestuurd alternatief	Systematische verspreiding van informatie over de voorziening Laagdrempelige ondersteuning voor cliënten voor het voeren van de regie Beschikbare informatie over cliënten(groepen) voor leveranciers
Adequaatheid	Uitgangspunt: invulling van de voorziening door de cliënt is adequaat, tenzij... Heldere procedure voor het vaststellen van de niet-adequate invulling van het programma van voorzieningen door cliënt én van een niet-adequate samenstelling van het pakket aan diensten en producten Mogelijkheid tot ingrijpen bij een niet-adequate invulling van de voorziening door de cliënt én bij een niet-adequate samenstelling van het pakket aan diensten en producten 'Aanbodgestuurd' alternatief voor de vraaggestuurde voorziening en voor de aan te wenden diensten en producten	Beschikbare informatie over de voorziening en over de betreffende (markt van) diensten en producten Laagdrempelige ondersteuning voor het voeren van de regie en het optreden als consument op de markt van producten en diensten Verplicht kwaliteitssysteem voor leveranciers (klanttevredenheid, procedures etc.)
Billijkheid	Heldere criteria t.a.v. de redelijkheid van de prijs en de omvang van diensten en producten Dwang en/of prikkels voor cliënten en leveranciers om kwantitatieve en kwalitatieve proportionaliteit in acht te nemen	Informatie over diensten, producten en leveranciers Laagdrempelige ondersteuning t.a.v. de onderhandelingen met leveranciers Proportionaliteitstoets als onderdeel van verplicht kwaliteitssysteem voor leveranciers

Bijlage 4: Vragenlijst completers

Deze vragen zijn richtlijnen waar ik antwoord op wil krijgen, per gesprek zal de vraagstelling verschillen. Introductie: wie ben ik, waarom dit onderzoek, anonimiteit.

- Vragen over achtergrondgegevens (indien niet bekend uit Pion):
 - Leeftijd
 - Middelengebruik (primair, secundair)
 - Waarom hulp gevraagd, hoe is het traject verlopen (denk aan: aantal aanmeldingen, aantal intakes, soort behandeling, duur van het traject etc.)
 - Verblijfslocatie
 - Verwijzer
 - Beginleeftijd
 - Inkomstenbron
 - Burgerlijke staat
 - Dagbesteding
 - Geboorteland
 - Opleidingsniveau
 - Leefsituatie

- Vragen over organisatie van zorg
 - Wat vond u van de wachttijd tijdens de verschillende fasen van aanmelding? (dus wachttijd tussen fasen, maar ook wachttijd in de wachtkamer)
 - Kon u meebeslissen over de behandeling die u zou krijgen?
 - Is er een behandelplan gemaakt?
 - Heeft u hiermee ingestemd / bent u het eens met de inhoud?
 - Heeft u een idee hoe lang de behandeling gaat duren?

- Vragen over toegankelijkheid van zorg
 - Wat vond u van de telefonische bereikbaarheid van de zorg? (hoe vaak gebeld, hoe lang duurde het voor werd opgenomen)
 - Wat vond u van de praktische bereikbaarheid van de zorg?
 - Voelt u zich op uw gemak in het gebouw?



- Vragen over informatievoorziening
- Voldoende informatie gehad over behandel- en begeleidingsmogelijkheden?
- Voldoende informatie gehad over aanpak van behandeling & begeleiding?
- Voldoende informatie gehad over te verwachten resultaat?
- Voldoende informatie gehad over wat van u verwacht werd?
- Sloot de informatie aan bij de werkelijkheid?

- Vragen over inhoud van de zorg / continuïteit in persoon
 - Vaste contactpersoon?
 - Vindt u hulpverleners deskundig? (En waar ze het niet weten: laten ze dit merken, hoe gaan ze hier mee om, wat vindt u daar van?)
 - Kunt u ze vertrouwen?
 - Tonen ze respect?
 - Vindt u ze geïnteresseerd in uw mening?
 - Leggen hulpverleners begrijpelijk uit wat ze bedoelen?
 - Houden hulpverleners rekening met uw achtergrond (etniciteit, opleidingsniveau, etc.)?
 - Heeft u het idee dat er voldoende tijd is om te praten over en te werken aan uw problemen?
 - Heeft u het idee dat hulpverleners onderling goed communiceerden over uw hulpvraag (waren ze goed op de hoogte waar u voor kwam)?
 - Heeft u wel eens opnieuw moeten vertellen waarvoor u kwam terwijl u het al eerder had verteld?
 - Komen ze afspraken na?
 - Is er wel eens een afspraak niet doorgegaan en hoe ging dat (wie heeft afgezegd, waarom, hoe ging dat etc.)? Wat vond u daarvan?

- Vragen over waardering resultaat behandeling
 - Is het aanmeld- en intake-traject naar uw wens uitgevoerd?
 - Heeft u het idee dat de voorgestelde aanpak de goede aanpak is voor uw problemen?
 - Wat verwacht u van de behandeling, wat wilt u bereiken?

- Algemeen:
 - Verder nog opmerkingen?
 - Tips ter verbetering?
 - Zou u instelling aanraden bij anderen?

Bijlage 5: Vragenlijst drop-outs

- 0 Kunt u me iets vertellen over de reden waarom u niet bent gekomen op het intakegesprek?
- 1 Voor gebruik van welk middel heeft u in de eerste plaats hulp gevraagd bij CMB?
- 0 Alcohol
 - 0 Cannabis
 - 0 Cocaïne
 - 0 Heroïne
 - 0 Gokken
 - 0 Medicijnen
 - 0 Anders drugs
 - 0 Anders geen drugs
 - 0 Onbekend
 - 0 Geen
 - 0 Niet van toepassing
- 2 Gebruikt u nog andere middelen?
- 0 Alcohol
 - 0 Cannabis
 - 0 Cocaïne
 - 0 Heroïne
 - 0 Gokken
 - 0 Medicijnen
 - 0 Anders drugs
 - 0 Anders geen drugs
 - 0 Onbekend
 - 0 Geen
 - 0 Niet van toepassing
- 3 Wilde u hier ook hulp voor?
- 0 Ja
 - 0 Nee
 - 0 Niet van toepassing
- 4 Toen u een afspraak wilde maken (de eerste keer dat u belde), hoe vaak heeft u toen de telefoon ongeveer moeten laten overgaan?
- 0 minder dan drie keer
 - 0 ongeveer drie keer
 - 0 meer dan drie keer
 - 0 weet niet
 - 0 niet van toepassing



5 Wat vond u van deze wachttijd?

- zeer kort
- kort
- enigszins kort
- enigszins lang
- lang
- zeer lang
- niet van toepassing

6 Hoe lang heeft u moeten wachten tussen uw telefonische aanmelding en het aanmeldgesprek? (aantal dagen)

7 Wat vond u van deze wachttijd?

- zeer kort
- kort
- enigszins kort
- enigszins lang
- lang
- zeer lang
- niet van toepassing

8 Hoe lang heeft u moeten wachten tussen het aanmeldgesprek en het intakegesprek? (aantal dagen)

9 Wat vond u van deze wachttijd?

- zeer kort
- kort
- enigszins kort
- enigszins lang
- lang
- zeer lang
- niet van toepassing

10 Hoe lang heeft u moeten wachten tussen het intakegesprek en het adviesgesprek? (aantal dagen)

11 Wat vond u van deze wachttijd?

- zeer kort
- kort
- enigszins kort
- enigszins lang
- lang
- zeer lang
- niet van toepassing



12 Op welke manier kon u de weg vinden naar CMB?

- zeer makkelijk
- makkelijk
- enigszins makkelijk
- enigszins moeilijk
- moeilijk
- zeer moeilijk
- niet van toepassing

13 Met welk vervoermiddel bent u gekomen?

- auto
- openbaar vervoer
- fiets
- te voer
- taxi / gebracht
- anders
- niet van toepassing

14 Wat vond u van de bereikbaarheid van CMB

- zeer goed
- goed
- enigszins goed
- enigszins slecht
- slecht
- zeer slecht
- niet van toepassing

15 Wat vond u van het gebouw?

- zeer prettig
- prettig
- enigszins prettig
- enigszins onprettig
- onprettig
- zeer onprettig
- niet van toepassing

16 Wat vond u van de wachtkamer?

- zeer prettig
- prettig
- enigszins prettig
- enigszins onprettig
- onprettig
- zeer onprettig
- niet van toepassing



17 Heeft u informatie gekregen?

- ja
- nee

18 Zo ja, op welke wijze heeft u informatie gekregen?

- informatiepakket
- internet
- verwijzer
- hulpverlener
- anders
- niet van toepassing

19 Wat vond u van de informatie?

- zeer goed
- goed
- enigszins goed
- enigszins slecht
- slecht
- zeer slecht
- niet van toepassing

20 Sloot de informatie aan op de praktijk?

- ja
- nee
- enigszins
- niet van toepassing

21 In hoeverre vond u de telefoniste vriendelijk?

- zeer vriendelijk
- vriendelijk
- enigszins vriendelijk
- enigszins onvriendelijk
- onvriendelijk
- zeer onvriendelijk
- niet van toepassing

22 In hoeverre vond u de telefoniste respectvol?

- zeer respectvol
- respectvol
- enigszins respectvol
- enigszins respectloos
- respectloos
- zeer respectloos
- niet van toepassing



23 In hoeverre vond u de telefoniste deskundig?

- zeer deskundig
- deskundig
- enigszins deskundig
- enigszins ondeskundig
- ondeskundig
- zeer ondeskundig
- niet van toepassing

24 In hoeverre nam de telefoniste u serieus?

- zeer serieus
- serieus
- enigszins serieus
- enigszins niet serieus
- niet serieus
- zeer niet serieus
- niet van toepassing

25 In hoeverre vond u de aanmelder vriendelijk?

- zeer vriendelijk
- vriendelijk
- enigszins vriendelijk
- enigszins onvriendelijk
- onvriendelijk
- zeer onvriendelijk
- niet van toepassing

26 In hoeverre vond u de aanmelder respectvol?

- zeer respectvol
- respectvol
- enigszins respectvol
- enigszins respectloos
- respectloos
- zeer respectloos
- niet van toepassing

27 In hoeverre vond u de aanmelder deskundig?

- zeer deskundig
- deskundig
- enigszins deskundig
- enigszins ondeskundig
- ondeskundig
- zeer ondeskundig
- niet van toepassing



28 In hoeverre nam de aanmelder u serieus?

- zeer serieus
- serieus
- enigszins serieus
- enigszins niet serieus
- niet serieus
- niet van toepassing

29 In hoeverre vond u de intaker vriendelijk?

- zeer vriendelijk
- vriendelijk
- enigszins vriendelijk
- enigszins onvriendelijk
- onvriendelijk
- zeer onvriendelijk
- niet van toepassing

30 In hoeverre vond u de intaker respectvol?

- zeer respectvol
- respectvol
- enigszins respectvol
- enigszins respectloos
- respectloos
- zeer respectloos
- niet van toepassing

31 In hoeverre vond u de intaker deskundig?

- zeer deskundig
- deskundig
- enigszins deskundig
- enigszins ondeskundig
- ondeskundig
- zeer ondeskundig
- niet van toepassing

32 In hoeverre nam de intaker u serieus?

- zeer serieus
- serieus
- enigszins serieus
- enigszins niet serieus
- niet serieus
- zeer niet serieus
- niet van toepassing

33 Was u op uw plek bij CMB?

- ja



- nee
- twijfel
- niet van toepassing

34 Voelde u zich welkom?

- ja
- nee
- twijfel
- niet van toepassing



Bijlage 6: Instemmingsformulier 1

Algemeen Instemmingsformulier Centrum Maliebaan

Cliënt

Achternaam:.....

Man / Vrouw:.....

Geboortedatum:.....

Geeft Centrum Maliebaan hierbij (aankruisen wat van toepassing is)

Wel toestemming

Geen toestemming

Voor gegevensgebruik en eventuele telefonische benadering voor onderzoek.

Voor akkoord,

Handtekening:.....

Utrecht, Datum:.....



Bijlage 7: Instemmingsformulier 2**Algemeen Instemmingsformulier Centrum Maliebaan**

Cliënt

Achternaam:.....
 Man / Vrouw:.....
 Geboortedatum:.....

Geeft Centrum Maliebaan hierbij (aankruisen wat van toepassing is)

Wel toestemming
 Geen toestemming

Om informatie uit te wisselen met

Huisarts;
 Plaats:

Om informatie uit te wisselen met

Derden (GGZ en alg. ziekenhuis etc.)

Naam instelling:.....
 Naam contactpersoon:.....

Naam instelling:.....
 Naam contactpersoon:.....

Wel toestemming
 Geen toestemming

Voor gegevensgebruik en eventuele telefonische benadering voor onderzoek.

Voor akkoord,
 Handtekening:.....

Utrecht, Datum:.....



Bijlage 8: Codeboek 2007

RESPNR (respondentnummer)

REGIO (regio)

- 1 Utrecht
- 2 Oost

UNIT (uitgevoerd voor unit)

- 1 Amersfoort
- 2 DAC
- 3 Eykman
- 4 GAVO
- 5 GAVO extra (G4)
- 6 Gezondheid
- 7 Lunetten
- 8 M.Ondersteuning
- 9 PHV
- 10 Polikliniek
- 11 SMT
- 12 SMT extra (G4)
- 13 Spinoza
- 14 Team deeltijd
- 15 Team jeugd
- 16 Veenendaal
- 17 Zorgcentra
- 18 Onbekend

EVP (eerste van product)

- 1 Begeleiding
- 2 Behandeling
- 3 Deeltijd
- 4 Gemeente DAC
- 5 Intake
- 6 Lunetten
- 7 Maatschap.herstel
- 8 Med.Behand
- 9 Onderzoek
- 10 Prod. A en V
- 11 Wesseling DAC
- 12 Onbekend

CONT1 (eerste contact)

- 1 januari
- 2 februari
- 3 maart
- 4 april
- 5 mei
- 6 juni

INTAKE (intake gehad)

- 1 ja
- 2 nee

TIJDGES (tijdstip gesprek)

- 1 08.00 – 10.30 uur
- 2 10.30 – 13.00 uur
- 3 13.00 – 15.30 uur
- 4 15.30 – 18.00 uur
- 5 Na 18.00 uur
- 6 onbekend

AANTINT (aantal intakes)

- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 10 onbekend

INDOVER (indicatieoverleg gehad)

- 1 ja
- 2 nee

AANTIND (aantal indicaties)

- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6
- 9 9
- 10 onbekend

ADVGES (adviesgesprek gehad)

- 1 ja
- 2 nee



AANTADV (aantal adviesgesprekken)

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
8	8
10	onbekend

HULPVR (hulpvraag)

1	Alcohol
2	Drugs
3	Gokken
4	Medicijnen
5	Anders
6	Onbekend

VERW (verwijzer)

1	AMW / BMW
2	Anders
3	APZ
4	Bedrijfsarts
5	Bureau jeugdzorg
6	Directe omgeving cliënt (familie e.d.)
7	Eigen initiatief cliënt
8	Geïntegreerd werkende GGZ-instellingen, samenwerkingsverbanden, MFE's
9	Huisarts
10	Justitie / politie / rechterlijke macht / reclassering
11	Kinder- en jeugdinstelling, vallend onder de Wet Jeugdhulpverlening
12	Kinder- en jeugdpsychiatrische instelling, ambulante of deeltijd
13	Overige GGZ
14	Overige maatschappelijke zorg / opvang
15	Overige somatische gezondheidszorg
16	PAAZ, GAAZ, PUK
17	Onbekend

B EGLFT (beginleeftijd)

1	< 10 jaar
2	10 – 14 jaar
3	15 – 19 jaar

4	20 – 24 jaar
5	25 – 29 jaar
6	30 – 34 jaar
7	35 – 39 jaar
8	40 – 44 jaar
9	45 – 49 jaar
10	> 50 jaar
11	Onbekend

BESTDR (bestaansduur problematiek)

1	0 – 3 maanden
2	3 – 6 maanden
3	6 – 12 maanden
4	1 – 2 jaar
5	2 – 5 jaar
6	5 – 10 jaar
7	Meer dan 10 jaar
8	Onbekend

INKBRON (bron van inkomsten)

1	Anders
2	AOW / pensioen / VUT
3	Geen eigen inkomsten
4	Loon / zelfstandige / eigen bedrijf
5	Studiefinanciering
6	Eigen bedrijf
7	Onbekend

BURGST (burgerlijke staat)

1	Gehuwd of geregistreerd partnerschap
2	Gescheiden
3	Ongehuwd en nooit gehuwd geweest
4	Samenwonend
5	Weduwe / weduwnaar
6	Onbekend

DAGBES (dagbesteding)

1	(On)betaald werk gedurende minimaal 3 dagen per week
2	Combinatie van leren en werken (beroepsbegeleidend onderwijs)
3	Geen geregelde dagbesteding
4	HBO / WO
5	Lager beroepsonderwijs
6	Middelbaar beroepsonderwijs
7	Speciaal lager beroepsonderwijs
8	Voortgezet onderwijs
9	Onbekend



GEBLND (geboorteland)

- 1 Anders Europa
- 2 Anders niet-Europa
- 3 België
- 4 Duitsland
- 5 Frankrijk
- 6 Marokko
- 7 Nederland
- 8 Turkije
- 9 United Kingdom
- 10 Onbekend

GEBLNDMD (geboorteland moeder)

- 1 Anders Europa
- 2 Anders niet-Europa
- 3 België
- 4 Duitsland
- 5 Frankrijk
- 6 Marokko
- 7 Nederland
- 8 Turkije
- 9 United Kingdom
- 10 Onbekend

GEBLNDVD (geboorteland vader)

- 1 Anders Europa
- 2 Anders niet-Europa
- 3 België
- 4 Duitsland
- 5 Frankrijk
- 6 Marokko
- 7 Nederland
- 8 Turkije
- 9 United Kingdom
- 10 Onbekend

MIDFAM (middelengebruik familie)

- 1 Ja
- 2 Nee
- 3 Onbekend

OPLNIV (opleidingsniveau)

- 1 BUO
- 2 Geen
- 3 HBO
- 4 HVO

- 5 LO/LVO, LBO
- 6 MVO+, MBO, VMBO-T
- 7 VWO
- 8 WO
- 9 Onbekend

LEEFSIT (leefsituatie)

- 1 Alleenstaand
- 2 Als kind in een eenoudergezin
- 3 Als kind in een meeroudergezin
- 4 Anders
- 5 GGZ-institutie
- 6 Met partner, met kinderen
- 7 Met partner, zonder kinderen
- 8 Niet-GGZ institutie
- 9 Zonder partner, met kinderen
- 10 Zwervend, dakloos
- 11 Onbekend

VERBLOC (verblijfslocatie)

- 1 Anders
- 2 Eigen huis (huur / verkoop)
- 3 Familie / kennissen / relaties
- 4 Instituut, anders dan penitentiaire inrichting
- 5 Klinische voorziening
- 6 Op kamers
- 7 Op straat zwervend
- 8 Ouderlijk huis
- 9 Penitentiaire inrichting
- 10 Pension / kosthuis
- 11 Tehuis voor dak- en thuislozen / sociaal pension
- 12 Onbekend

GESLACHT (geslacht)

- 1 man
- 2 vrouw
- 3 onbekend

LEEFT (leeftijd)

- 1 < 18 jaar
- 2 18 – 23
- 3 24 – 30
- 4 31 – 40
- 5 41 – 50
- 6 51 – 55
- 7 > 55 jaar
- 8 onbekend



Bijlage 9: Codeboek totaal cohort

GESL (geslacht)

- 1 man
- 2 vrouw

LEEFT (leeftijd)

LFTGR (leeftijdsgroep)

- 1 jeugd
- 2 volwassenen
- 3 ouderen

MID1 (primaire middel)

- 1 alcohol
- 2 cannabis
- 3 cocaïne
- 4 heroïne
- 5 gokken
- 6 medicijnen
- 7 anders drugs
- 8 anders
- 9 onbekend
- 10 geen
- 11 nvt

MID2 (secundaire middel)

- 1 alcohol
- 2 cannabis
- 3 cocaïne
- 4 heroïne
- 5 gokken
- 6 medicijnen
- 7 anders drugs
- 8 anders
- 9 onbekend
- 10 geen
- 11 nvt

MID3 (tertiaire middel)

- 1 alcohol
- 2 cannabis
- 3 cocaïne
- 4 heroïne
- 5 gokken

- 6 medicijnen
- 7 anders drugs
- 8 anders
- 9 onbekend
- 10 geen
- 11 nvt

AANMDDR (tijd in dagen tussen
aanmelding en aanmeldgesprek)

INTAKEDR (tijd in dagen tussen aanmeld-
en intakegesprek)

ADVIESDR (tijd in dagen tussen intake-
en adviesgesprek)

TOTDR (tijd in dagen van totale duur
intaketraject)

TIJDSTAANM (tijdstip aanmeldgesprek)

- 1 08.00 – 10.00 uur
- 2 10.01 – 12.00 uur
- 3 12.01 – 14.00 uur
- 4 14.01 – 16.00 uur
- 5 na 16.00 uur
- 6 nvt
- 7 onbekend

TIJDSTINT (tijdstip intakegesprek)

- 1 08.00 – 10.00 uur
- 2 10.01 – 12.00 uur
- 3 12.01 – 14.00 uur
- 4 14.01 – 16.00 uur
- 5 na 16.00 uur
- 6 nvt
- 7 onbekend

TIJDSADV (tijdstip adviesgesprek)

- 1 08.00 – 10.00 uur
- 2 10.01 – 12.00 uur
- 3 12.01 – 14.00 uur
- 4 14.01 – 16.00 uur
- 5 na 16.00 uur
- 6 nvt
- 7 onbekend



VERBLLOC (verblijfslocatie)

- 1 Anders
- 2 Eigen huis (huur / verkoop)
- 3 Familie / kennissen / relaties
- 4 Instituut, anders dan penitentiaire inrichting
- 5 Klinische voorziening
- 6 Op kamers
- 7 Op straat zwervend
- 8 Ouderlijk huis
- 9 Penitentiaire inrichting
- 10 Pension / kosthuis
- 11 Tehuis voor dak- en thuislozen / sociaal pension
- 12 Onbekend

BEGINLFT (beginleeftijd)

- 1 < 10 jaar
- 2 10 – 19 jaar
- 3 20 – 29 jaar
- 4 30 – 39 jaar
- 5 > 40 jaar
- 6 nvt
- 7 onbekend

INKMST (inkomstenbron)

- 1 Anders
- 2 AOW / pensioen / VUT
- 3 Geen eigen inkomsten
- 4 Loon / zelfstandige / eigen bedrijf
- 5 Studiefinanciering
- 6 Eigen bedrijf
- 7 Onbekend

BRGST (burgerlijke staat)

- 1 Gehuwd of geregistreerd partnerschap
- 2 Gescheiden
- 3 Ongehuwd en nooit gehuwd geweest
- 4 Samenwonend
- 5 Weduwe / weduwnaar
- 6 Onbekend

DAGBST (dagbesteding)

- 1 (On)betaald werk gedurende minimaal 3 dagen per week

- 2 Combinatie van leren en werken (beroepsbegeleidend onderwijs)
- 3 Geen geregelde dagbesteding
- 4 HBO / WO
- 5 Lager beroepsonderwijs
- 6 Middelbaar beroepsonderwijs
- 7 Speciaal lager beroepsonderwijs
- 8 Voortgezet onderwijs
- 9 Onbekend

GEBLND (geboorteland)

OPLNIV (opleidingsniveau)

- 1 BUO
- 2 Geen
- 3 HBO
- 4 HVO
- 5 LO/LVO, LBO
- 6 MVO+, MBO, VMBO-T
- 7 VWO
- 8 WO
- 9 Onbekend

REGIO (regio)

- 1 Utrecht
- 2 Oost

TOEST (toestemming)

- 1 ja
- 2 nee

AFAANM (afwezig bij aanmeldgesprek)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 nvt

AFWINT (afwezig bij intakegesprek)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 nvt



AFWADV (afwezig bij adviesgesprek)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 nvt

INSTADV (ingestemd met advies)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 nvt

AFH (afhaker)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 nvt

DEFABGH (definitief afgehaakt)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 nvt



Bijlage 10: Codeboek drop-outs

GESL (geslacht)

- 1 man
- 2 vrouw

LEEFT (leeftijd)

LFTGR (leeftijdsgroep)

- 1 jeugd
- 2 volwassenen
- 3 senioren

MID1 (primaire middel)

- 1 alcohol
- 2 cannabis
- 3 cocaïne
- 4 heroïne
- 5 gokken
- 6 medicijnen
- 7 anders drugs
- 8 anders geen drugs
- 9 onbekend
- 10 geen
- 11 niet van toepassing

MID2 (secundaire middel)

- 1 alcohol
- 2 cannabis
- 3 cocaïne
- 4 heroïne
- 5 gokken
- 6 medicijnen
- 7 anders drugs
- 8 anders geen drugs
- 9 onbekend
- 10 geen
- 11 niet van toepassing

MID3 (tertiaire middel)

- 1 alcohol
- 2 cannabis
- 3 cocaïne
- 4 heroïne
- 5 gokken

- 6 medicijnen
- 7 anders drugs
- 8 anders geen drugs
- 9 onbekend
- 10 geen
- 11 niet van toepassing

AANMDDR (tijd in dagen tussen
aanmelding en aanmeldgesprek)

INTAKEDR (tijd in dagen tussen aanmeld-
en intakegesprek)

ADVIESDR (tijd in dagen tussen intake-
en adviesgesprek)

TOTDR (totale tijd in dagen intaketraject)

TIJDSTAANM (tijdstip aanmeldgesprek)

- 1 08.00 – 10.00 uur
- 2 10.01 – 12.00 uur
- 3 12.01 – 14.00 uur
- 4 14.01 – 16.00 uur
- 5 na 16.00 uur
- 6 niet van toepassing
- 7 onbekend

TIJDSTINT (tijdstip intakegesprek)

- 1 08.00 – 10.00 uur
- 2 10.01 – 12.00 uur
- 3 12.01 – 14.00 uur
- 4 14.01 – 16.00 uur
- 5 na 16.00 uur
- 6 niet van toepassing
- 7 onbekend

TIJDSTADV (tijdstip adviesgesprek)

- 1 08.00 – 10.00 uur
- 2 10.01 – 12.00 uur
- 3 12.01 – 14.00 uur
- 4 14.01 – 16.00 uur
- 5 na 16.00 uur
- 6 niet van toepassing
- 7 onbekend



VERBLLOC (verblijfslocatie)

- 1 eigen huis
- 2 ouderlijk huis
- 3 familie / vrienden / kennissen
- 4 instituut
- 5 op kamers
- 6 op straat zwerfend
- 7 klinische voorziening
- 8 tehuis voor dak- en thuislozen
- 9 onbekend

BEGINLFT (beginleeftijd)

- 1 < 10 jaar
- 2 10 – 19 jaar
- 3 20 – 29 jaar
- 4 30 – 39 jaar
- 5 > 40 jaar
- 6 niet van toepassing
- 7 onbekend

INKMST (inkomstenbron)

- 1 anders
- 2 AOW / vut / pensioen
- 3 geen eigen inkomsten
- 4 loon / zelfstandige / eigen bedrijf
- 5 studiefinanciering
- 6 uitkering
- 7 onbekend

BRGST (burgerlijke staat)

- 1 gehuwd of geregistreerd partnerschap
- 2 gescheiden
- 3 ongehuwd en nooit gehuwd geweest
- 4 samenwonend
- 5 weduwe / weduwnaar
- 6 onbekend

DAGBST (dagbesteding)

- 1 (on)betaald werk gedurende minstens 3 dagen in de week
- 2 beroepsbegeleidend onderwijs
- 3 geen geregelde dagbesteding
- 4 HBO / WO
- 5 lager beroepsonderwijs
- 6 middelbaar beroepsonderwijs
- 7 voortgezet onderwijs
- 8 onbekend

GEBLND (geboorteland)

- 1 Nederland
- 2 Marokko
- 3 Turkije
- 4 Anders Europa
- 5 Anders niet-Europa
- 6 onbekend

OPLNIV (opleidingsniveau)

- 1 BUO
- 2 geen
- 3 HBO
- 4 HVO
- 5 LO / LVO, LBO
- 6 MVO+, MBO, VMBO-t
- 7 VWO
- 8 WO
- 9 onbekend

REGIO (regio)

- 1 Utrecht
- 2 Oost

TOEST (toestemming voor onderzoek)

- 1 ja
- 2 nee

AFAANM (afwezig bij aanmeldgesprek)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 niet van toepassing

AFWINT

- 1 ja
- 2 nee
- 3 niet van toepassing

AFWADV

- 1 ja
- 2 nee
- 3 niet van toepassing

INSTADV (ingestemd met advies)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 niet van toepassing



DEFAFGH (definitief afgehaakt)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 niet van toepassing

VR1 (primaire middel)

- 1 alcohol
- 2 cannabis
- 3 cocaïne
- 4 heroïne
- 5 gokken
- 6 medicijnen
- 7 anders drugs
- 8 anders geen drugs
- 9 onbekend
- 10 geen
- 11 niet van toepassing

VR2 (eventuele andere middelen)

- 1 alcohol
- 2 cannabis
- 3 cocaïne
- 4 heroïne
- 5 gokken
- 6 medicijnen
- 7 anders drugs
- 8 anders geen drugs
- 9 onbekend
- 10 geen
- 11 niet van toepassing

VR3 (hier ook hulp voor)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 niet van toepassing

VR4 (telefoon overgaan bij aanmelding)

- 1 minder dan drie keer
- 2 ongeveer drie keer
- 3 meer dan drie keer
- 4 weet niet
- 5 niet van toepassing

VR5 (mening over deze wachttijd)

- 1 zeer kort
- 2 kort
- 3 enigszins kort
- 4 enigszins lang
- 5 lang

- 6 zeer lang
- 7 niet van toepassing

VR6 (wachtduur tussen aanmelding en eerste gesprek)

VR7 (mening over deze wachttijd)

- 1 zeer kort
- 2 kort
- 3 enigszins kort
- 4 enigszins lang
- 5 lang
- 6 zeer lang
- 7 niet van toepassing

VR8 (wachtduur tussen aanmeld en intake)

VR9 (mening over deze wachttijd)

- 1 zeer kort
- 2 kort
- 3 enigszins kort
- 4 enigszins lang
- 5 lang
- 6 zeer lang
- 7 niet van toepassing

VR10 (wachtduur tussen intake en advies)

VR11 (mening over deze wachttijd)

- 1 zeer kort
- 2 kort
- 3 enigszins kort
- 4 enigszins lang
- 5 lang
- 6 zeer lang
- 7 niet van toepassing



VR12 (weg vinden naar CMB)

- 1 zeer makkelijk
- 2 makkelijk
- 3 enigszins makkelijk
- 4 enigszins moeilijk
- 5 moeilijk
- 6 zeer moeilijk
- 7 niet van toepassing

VR13 (met welk vervoermiddel)

- 1 auto
- 2 openbaar vervoer
- 3 fiets
- 4 lopend
- 5 taxi / gebracht
- 6 anders
- 7 niet van toepassing

VR14 (bereikbaarheid)

- 1 zeer goed
- 2 goed
- 3 enigszins goed
- 4 enigszins slecht
- 5 slecht
- 6 zeer slecht
- 7 niet van toepassing

VR15 (mening over gebouw)

- 1 zeer prettig
- 2 prettig
- 3 enigszins prettig
- 4 enigszins onprettig
- 5 onprettig
- 6 zeer onprettig
- 7 niet van toepassing

VR16 (mening over wachtkamer)

- 1 zeer prettig
- 2 prettig
- 3 enigszins prettig
- 4 enigszins onprettig
- 5 onprettig
- 6 zeer onprettig
- 7 niet van toepassing

VR17 (informatie gekregen)

- 1 ja
- 2 nee

VR18 (op welke wijze)

- 1 informatiepakket
- 2 internet
- 3 verwijzer
- 4 hulpverlener
- 5 anders
- 6 niet van toepassing

VR19 (mening over informatie)

- 1 zeer goed
- 2 goed
- 3 enigszins goed
- 4 enigszins slecht
- 5 slecht
- 6 zeer slecht
- 7 niet van toepassing

VR20 (aansluiting bij praktijk)

- 1 ja
- 2 enigszins
- 3 nee
- 4 niet van toepassing

VR21 (telefoniste: vriendelijk)

- 1 zeer vriendelijk
- 2 vriendelijk
- 3 enigszins vriendelijk
- 4 enigszins onvriendelijk
- 5 onvriendelijk
- 6 zeer onvriendelijk
- 7 niet van toepassing

VR22 (telefoniste: respectvol)

- 1 zeer respectvol
- 2 respectvol
- 3 enigszins respectvol
- 4 enigszins respectloos
- 5 respectloos
- 6 zeer respectloos
- 7 niet van toepassing

VR23 (telefoniste: deskundig)

- 1 zeer deskundig
- 2 deskundig
- 3 enigszins deskundig
- 4 enigszins ondeskundig
- 5 ondeskundig
- 6 zeer ondeskundig
- 7 niet van toepassing



VR24 (telefoniste: serieus)

- 1 zeer serieus
- 2 serieus
- 3 enigszins serieus
- 4 enigszins niet serieus
- 5 niet serieus
- 6 zeer niet serieus
- 7 niet van toepassing

VR25 (aanmelder: vriendelijk)

- 1 zeer vriendelijk
- 2 vriendelijk
- 3 enigszins vriendelijk
- 4 enigszins onvriendelijk
- 5 onvriendelijk
- 6 zeer onvriendelijk
- 7 niet van toepassing

VR26 (aanmelder: respectvol)

- 1 zeer respectvol
- 2 respectvol
- 3 enigszins respectvol
- 4 enigszins respectloos
- 5 respectloos
- 6 zeer respectloos
- 7 niet van toepassing

VR27 (aanmelder: deskundig)

- 1 zeer deskundig
- 2 deskundig
- 3 enigszins deskundig
- 4 enigszins ondeskundig
- 5 ondeskundig
- 6 zeer ondeskundig
- 7 niet van toepassing

VR28 (aanmelder: serieus)

- 1 zeer serieus
- 2 serieus
- 3 enigszins serieus
- 4 enigszins niet serieus
- 5 niet serieus
- 6 zeer niet serieus
- 7 niet van toepassing

VR29 (intaker: vriendelijk)

- 1 zeer vriendelijk
- 2 vriendelijk
- 3 enigszins vriendelijk
- 4 enigszins onvriendelijk
- 5 onvriendelijk
- 6 zeer onvriendelijk
- 7 niet van toepassing

VR30 (intaker: respectvol)

- 1 zeer respectvol
- 2 respectvol
- 3 enigszins respectvol
- 4 enigszins respectloos
- 5 respectloos
- 6 zeer respectloos
- 7 niet van toepassing

VR31 (intaker: deskundig)

- 1 zeer deskundig
- 2 deskundig
- 3 enigszins deskundig
- 4 enigszins ondeskundig
- 5 ondeskundig
- 6 zeer ondeskundig
- 7 niet van toepassing

VR32 (intaker: serieus)

- 1 zeer serieus
- 2 serieus
- 3 enigszins serieus
- 4 enigszins niet serieus
- 5 niet serieus
- 6 zeer niet serieus
- 7 niet van toepassing

VR33 (juiste plek voor hulp)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 twijfel
- 4 niet van toepassing

VR34 (welkom)

- 1 ja
- 2 nee
- 3 twijfel
- 4 niet van toepassing



Bijlage 11: Regio's

Regio Midden-West:

Abcoude
Bunnik
de Bilt
Doorn
Driebergen-Rijsenburg
Houten
IJsselstein
Lopik
Nieuwegein
Utrecht
Wijk bij Duurstede
Woerden
De Ronde Venen
Breukelen
Vleuten-de Meern
Loenen
Maarssen
Harmelen
Maartensdijk
Montfoort
Oudewater
Zeist

Regio Oost:

Amerongen
Amersfoort
Baarn
Bunschoten
Leersum
Leusden
Maarn
Nijkerk
Soest
Veenendaal
Woudenberg



Bijlage 12: Verklarende woordenlijst

Patiënt

Een natuurlijk persoon ten behoeve van wie de instelling werkzaam is.

(Kamerstukken II 1992-93, 23 041, A, p.3)

Co-morbiditeit

The coexistence of two or more disease processes. (www.medterms.com)

Drop-out

Voortijdige eenzijdige beëindiging van de behandeling van de kant van de cliënt.

(<http://www.ivv.nl/content/images/dropoutherdrukcompleet.pdf>)

Dubbele diagnose

Het samengaan van een diagnose op verslavingsgebied met een diagnose op psychiatrisch gebied (Wetering 2001, p.16).

Non-compliance

"The failure or refusal to comply: the failure or refusal to conform and adapt one's actions to a rule or to necessity. The term "noncompliance" is used in medicine particularly in regard to a patient not taking a prescribed medication or following a prescribed course of therapy. For example, "As many as half of 'failures' of treatment to bring elevated blood pressure down to normal levels may be due to unrecognized lapses in taking antihypertensive drugs as prescribed, according to a new study by a team of researchers from the University of Lausanne, Switzerland." (Stephenson J, JAMA 282: 313, 1999). Noncompliance may be overt (as with a Christian Scientist who rejects recommended therapy for religious reasons) or covert (as with children who are supposed to take an antibiotic, say they are taking it but are not, as revealed by a blood test to detect that antibiotic). The person who demonstrates noncompliance is said to be noncompliant." (www.medterms.com)

No-show

"Term used in the US for a patient who missed an appointment. A patient who failed an appointment or "did not attend." (www.medterms.com)



Program completer

“Is an individual who has met the didactic and/or clinical requirements of a structured educational program which does not confer a degree.”

(<http://bhpr.hrsa.gov/diversity/definitions.htm>)

Push-out

Voortijdige eenzijdige beëindiging van de behandeling van de kant van de hulpverlener.

(<http://www.ivv.nl/content/images/dropoutherdrukcompleet.pdf>)

Stepout

Voortijdige beëindiging van de behandeling van de kant van de cliënt na overleg.

(<http://www.ivv.nl/content/images/dropoutherdrukcompleet.pdf>)

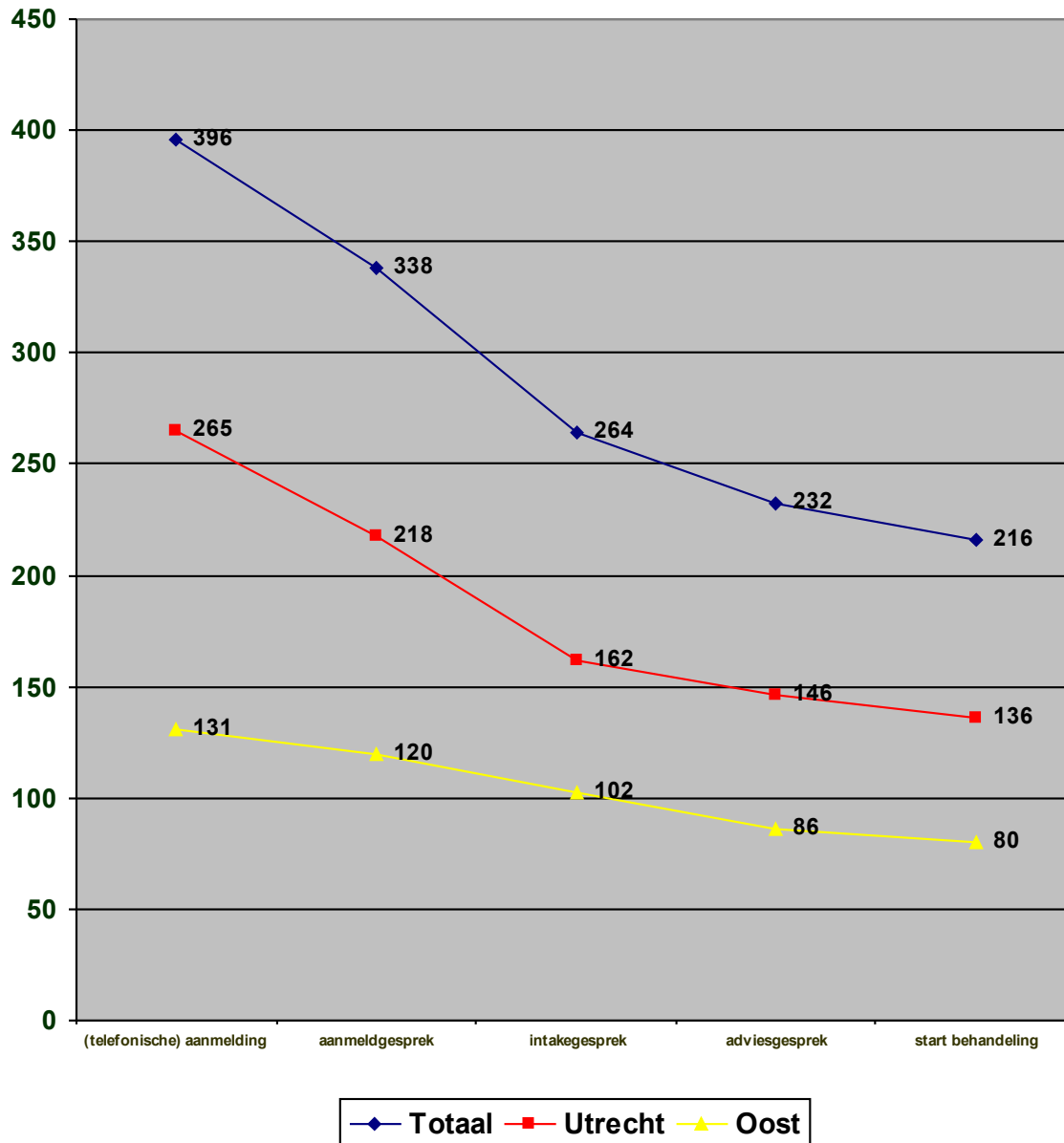
Verslavingspsychiatrie

“Verslavingsziekte is een complex en progressief psychiatrisch syndroom leidend tot verlies van autonomie op gebied van emotie, denken en handelen. Afhankelijk van de gebruikte middelen heeft het tevens een voortschrijdende aantasting van de algemene gezondheidstoestand tot gevolg” (Wetering 2001, p.1). Met deze visie wordt een koppeling gemaakt tussen verslaving als genetisch, biologisch en psychisch probleem (zie ook: bio-psycho-sociaal model). Voor behandeling moet de zorg worden gericht op de interactie van deze 3 facetten. Door het plaatsen van verslaving binnen het psychiatrische spectrum wordt in de behandeling aan elk facet recht gedaan.



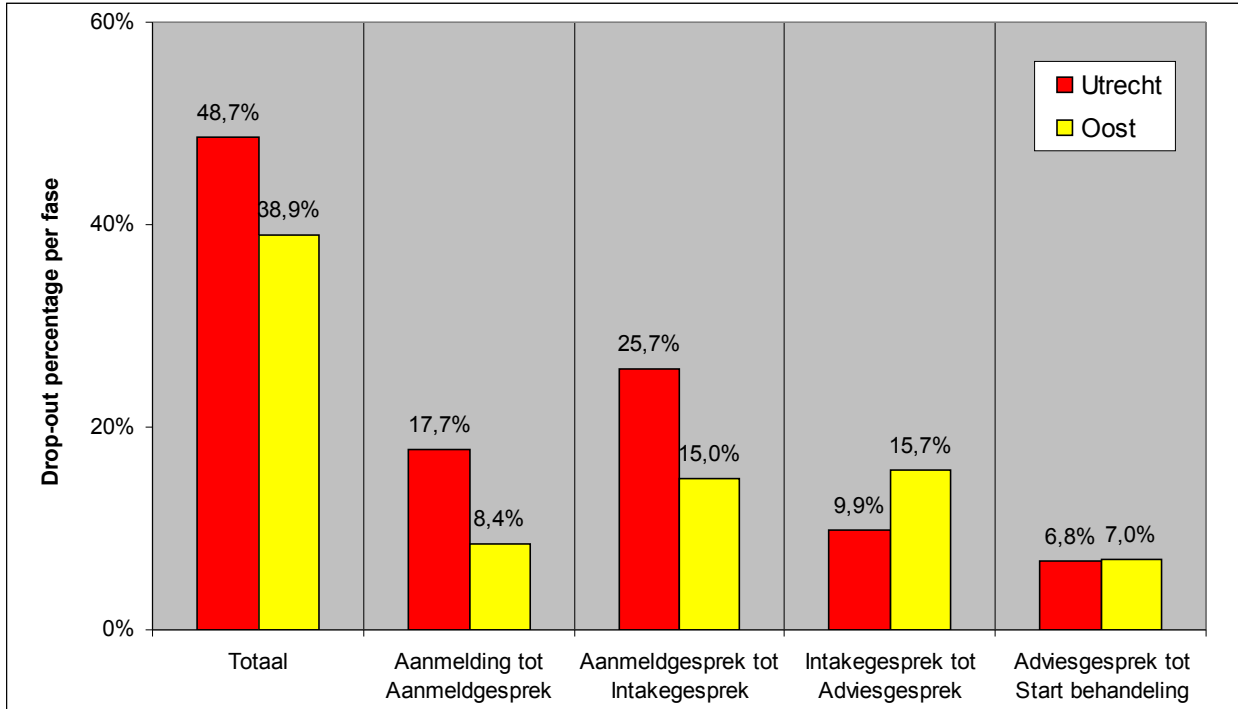
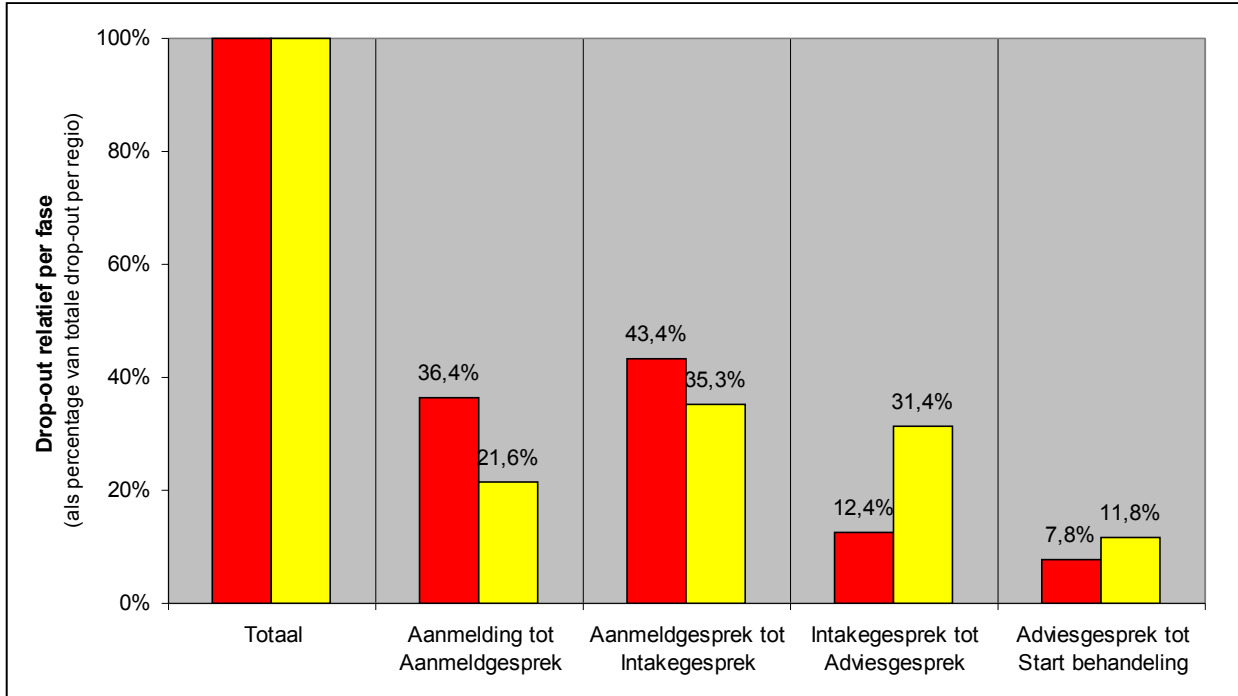
Bijlage 13: Tabellen cohortstudie

Grafiek 13.1: Patiëntenaantallen* naar fase (verschil tussen fasen = drop-out)

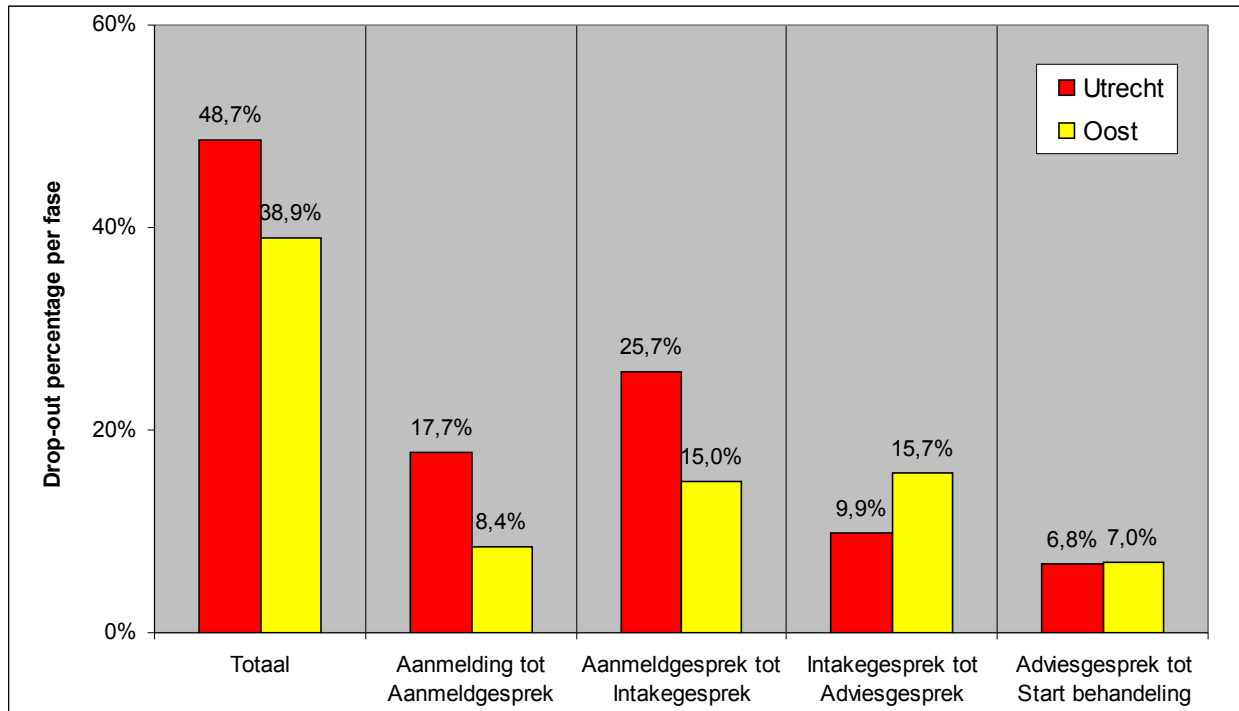


* Cohort: 25-02-2008 t/m 25-04-2008

Grafiek 13.2: Verloop drop-out naar fase en regio absoluut

Grafiek 13.3: Procentuele verdeling drop-out naar fase en regio
(aantallen uit grafiek 13.2 vormen steeds 100%)

Grafiek 13.4: Procentuele verdeling drop-out ten opzichte van patiëntenaantallen per fase en regio (aantallen uit grafiek 13.1 vormen steeds 100%)



Tabel 13.0: Gemiddelde tijdsduur per fase in dagen

Groep	Aanmelding - Aanmeldgesprek		Aanmeldgesprek - Intakegesprek		Intakegesprek - Adviesgesprek		Totaalduur	
	gem.	std.dev.	gem.	std.dev.	gem.	std.dev.	gem.	std.dev.
U totaal	9,57	7,59	8,93	7,64	9,65	5,53	26,29	10,66
U pc	9,27	7,57	7,20	5,76	9,56	5,71	25,36	10,58
U do	9,36	7,06	10,72	9,18	9,49	4,96	27,58	9,69
O totaal	1,95	4,24	23,30	12,46	18,58	10,59	43,48	15,25
O pc	1,70	2,99	22,22	12,46	18,02	10,08	41,49	17,04
O do	1,64	4,04	24,58	13,27	18,93	12,11	45,56	12,31
Totaal gem.	7,48	7,63	13,06	11,33	12,40	8,51	31,40	14,50

Bijlage 14: Uitkomsten enquête

Vraag 4 ("Hoe vaak heeft u de telefoon over moet laten gaan bij het eerste telefonische contact?")

Groep	< 3 keer	3 keer	> 3 keer	weet niet	n.v.t.
U	12,7	20,6	35,3	4,9	26,5
O	6,3	18,8	18,8	31,3	25
<i>Totaal gem.</i>	<i>11,2</i>	<i>20,1</i>	<i>31,3</i>	<i>11,2</i>	<i>26,1</i>

Vraag 5 ("Wat vond u van deze wachttijd?")

Groep	zeer kort	kort	enigsz kort	enigsz lang	lang	zeer lang	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	2	25,5	9,8	2,9	19,6	7,8	32,4	4,66	2,08
O	0	9,4	9,4	0	12,5	9,4	59,4	5,81	1,77
<i>Totaal gem.</i>	<i>1,5</i>	<i>21,6</i>	<i>9,7</i>	<i>2,2</i>	<i>17,9</i>	<i>8,2</i>	<i>38,8</i>	<i>4,9</i>	<i>2,1</i>

Vraag 6 ("Hoe lang heeft u moeten wachten tussen telefonische aanmelding en het aanmeldgesprek?")

Groep	gem.dagen	std. dev.
U	8,92	9,02
O	0,97	2,54
<i>Totaal gem.</i>	<i>7,1</i>	<i>8,7</i>

Vraag 7 ("Wat vond u van deze wachttijd?")

Groep	zeer kort	kort	enigsz kort	enigsz lang	lang	zeer lang	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	8,8	6,9	5,9	14,7	9,8	25,5	28,4	5	1,96
O	56,3	3,1	6,3	6,3	0	3,1	25	3	2,61
<i>Totaal gem.</i>	<i>20,1</i>	<i>6,0</i>	<i>6,0</i>	<i>12,7</i>	<i>7,5</i>	<i>20,1</i>	<i>27,6</i>	<i>4,5</i>	<i>2,3</i>

Vraag 8 ("Hoe lang heeft u moeten wachten tussen het aanmeldgesprek en het intakegesprek?")

Groep	gem.dagen	std. dev.
U	10,83	9,29
O	22,31	12,63
<i>Totaal gem.</i>	<i>13,9</i>	<i>11,4</i>

Vraag 9 ("Wat vond u van deze wachttijd?")

Groep	zeer kort	kort	enigsz kort	enigsz lang	lang	zeer lang	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	6,9	2,9	1	18,6	10,8	22,5	37,3	5,47	1,96
O	3,1	3,1	3,1	0	6,3	59,4	25	5,84	1,32
<i>Totaal gem.</i>	<i>6,0</i>	<i>3,0</i>	<i>0,7</i>	<i>14,9</i>	<i>9,7</i>	<i>31,3</i>	<i>33,6</i>	<i>5,6</i>	<i>1,8</i>

Vraag 10 ("Hoe lang heeft u moeten wachten tussen het intakegesprek en het adviesgesprek?")

Groep	gem.dagen	std. dev.
U	13,31	13,73
O	22,52	17,18
<i>Totaal gem.</i>	<i>16,1</i>	<i>15,3</i>

Vraag 11 ("Wat vond u van deze wachttijd?")

Groep	zeer kort	kort	enigsz kort	enigsz lang	lang	zeer lang	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	0	2	2,9	11,8	4,9	15,7	62,7	6,18	1,3
O	0	0	3,1	3,1	3,1	43,8	46,9	6,28	0,92
<i>Totaal gem.</i>	<i>0,0</i>	<i>1,5</i>	<i>3,0</i>	<i>9,7</i>	<i>4,5</i>	<i>22,4</i>	<i>59,0</i>	<i>6,2</i>	<i>1,2</i>



Vraag 12 ("Hoe goed kon u de weg vinden naar CMB?")

Groep	zeer makkelijk	makkelijk	enigsz makkelijk	enigsz moeilijk	moeilijk	zeer moeilijk	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	14,7	38,2	5,9	1	2	2,9	35,3	3,87	2,5
O	12,5	46,9	9,4	3,1	0	3,1	25	3,42	2,29
<i>Totaal gem.</i>	14,2	40,3	6,7	1,5	1,5	3,0	32,8	3,8	2,5

Vraag 13 ("Met welk vervoermiddel bent u gekomen?")

Groep	auto	OV	fiets	lopend	taxi/gebracht	anders	n.v.t.
U	26,5	19,6	9,8	3,9	5,9	0	34,3
O	25	37,5	6,3	3,1	3,1	0	25
<i>Totaal gem.</i>	26,1	23,9	9,0	3,7	5,2	0,0	32,1

Vraag 14 ("Wat vond u van de bereikbaarheid van CMB?")

Groep	zeer goed	goed	enigsz goed	enigsz slecht	slecht	zeer slecht	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	12,7	18,6	6,9	6,9	15,7	3,9	35,3	4,47	2,29
O	12,5	28,1	12,5	15,6	3,1	3,1	25	3,78	2,21
<i>Totaal gem.</i>	12,7	20,9	8,2	9,0	12,7	3,7	32,8	4,3	2,3

Vraag 15 ("Wat vond u van het gebouw?")

Groep	zeer prettig	prettig	enigsz prettig	enigsz onprettig	onprettig	zeer onprettig	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	0	0	1	1	38,2	24,5	35,3	5,92	0,93
O	0	31,3	28,1	0	0	15,6	25	4,16	2,12
<i>Totaal gem.</i>	0,0	7,5	7,5	0,7	29,1	22,4	32,8	5,5	1,5

Vraag 16 ("Wat vond u van de wachtkamer?")

Groep	zeer prettig	prettig	enigsz prettig	enigsz onprettig	onprettig	zeer onprettig	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	0	1	0	9,8	30,4	23,5	35,3	5,81	1,08
O	0	15,6	31,3	12,5	3,1	12,5	25	4,41	1,91
<i>Totaal gem.</i>	0,0	4,5	7,5	10,4	23,9	20,9	32,8	5,5	1,5

Vraag 17 ("Heeft u informatie gekregen?")

Groep	ja	nee
U	56,9	43,1
O	25	75
<i>Totaal gem.</i>	49,3	50,7

Vraag 18 ("Zo ja: op welke wijze heeft u informatie gekregen?")

Groep	informatiepakket	internet	verwijzer	hulpverlener	anders	n.v.t.
U	42,2	6,9	5,9	2	1	42,2
O	6,3	12,5	6,3	0	0	75
<i>Totaal gem.</i>	33,6	8,2	6,0	1,5	0,7	50,0

Vraag 19 ("Wat vond u van de informatie?")

Groep	zeer goed	goed	enigsz goed	enigsz slecht	slecht	zeer slecht	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	2,9	22,5	13,7	2	15,7	0	43,1	4,77	2,18
O	3,1	9,4	6,3	0	6,3	0	75	5,97	1,94
<i>Totaal gem.</i>	3,0	19,4	11,9	1,5	13,4	0,0	50,7	5,1	2,2



Vraag 20 ("Sloot de informatie aan op de praktijk?")

Groep	ja	enigszins	nee	nvt
U	19,6	28,4	5,9	46,1
O	6,3	12,5	6,3	75
<i>Totaal gem.</i>	16,4	24,6	6,0	52,9

Vraag 21 ("In hoeverre vond u de telefoniste vriendelijk?")

Groep	zeer vriendelijk	vriendelijk	enigsz vriendelijk	enigsz onvriendelijk	onvriendelijk	zeer onvriendelijk	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	2	36,3	28,4	2	0	0	31,4	3,87	2,18
O	3,1	9,4	15,6	9,4	0	3,1	59,4	5,41	2,1
<i>Totaal gem.</i>	2,2	29,9	25,4	3,7	0,0	0,7	38,1	4,2	2,3

Vraag 22 ("In hoeverre vond u de telefoniste respectvol?")

Groep	zeer respectvol	respectvol	enigsz respectvol	enigsz respectloos	respectloos	zeer respectloos	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	2	31,4	25,5	5,9	2,9	1	31,4	4,05	2,15
O	3,1	9,4	18,8	6,3	0	3,1	59,4	5,38	2,13
<i>Totaal gem.</i>	2,2	26,1	23,9	6,0	2,2	1,5	38,1	4,4	2,2

Vraag 23 ("In hoeverre vond u de telefoniste deskundig?")

Groep	zeer deskundig	deskundig	enigsz deskundig	enigsz ondeskundig	ondeskundig	zeer ondeskundig	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	0	5,9	25,5	12,7	21,6	2,9	31,4	4,84	1,72
O	0	3,1	3,1	12,5	15,6	6,3	59,4	5,97	4,44
<i>Totaal gem.</i>	0,0	5,2	20,1	12,7	20,1	3,7	38,1	5,1	1,7

Vraag 24 ("In hoeverre voelde u zich serieus genomen door de telefoniste?")

Groep	zeer serieus	serieus	enigsz serieus	enigsz niet serieus	niet serieus	zeer niet serieus	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	2	31,4	21,6	4,9	4,9	3,9	31,4	4,17	2,16
O	6,3	9,4	15,6	6,3	0	3,1	59,4	5,31	2,23
<i>Totaal gem.</i>	3,0	26,1	20,1	5,2	3,7	3,7	38,1	4,4	2,2

Vraag 25 ("In hoeverre vond u de aanmelder vriendelijk?")

Groep	zeer vriendelijk	vriendelijk	enigsz vriendelijk	enigsz onvriendelijk	onvriendelijk	zeer onvriendelijk	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	1	30,4	27,5	1	3,9	0	36,3	4,22	2,21
O	6,3	34,3	28,1	0	3,1	0	28,1	3,72	2,2
<i>Totaal gem.</i>	2,2	31,3	27,6	0,7	3,7	0,0	34,3	4,1	2,2

Vraag 26 ("In hoeverre vond u de aanmelder respectvol?")

Groep	zeer respectvol	respectvol	enigsz respectvol	enigsz respectloos	respectloos	zeer respectloos	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	1	28,4	27,5	1	3,9	2	36,3	4,29	2,2
O	6,3	34,4	28,1	0	3,1	0	28,1	3,72	2,2
<i>Totaal gem.</i>	2,2	29,9	27,6	0,7	3,7	1,5	34,3	4,2	2,2

Vraag 27 ("In hoeverre vond u de aanmelder deskundig?")

Groep	zeer deskundig	deskundig	enigsz deskundig	enigsz ondeskundig	ondeskundig	zeer ondeskundig	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	2	19,6	34,3	3,9	3,9	0	36,3	4,33	2,13
O	0	46,9	15,6	9,4	0	0	28,1	3,75	2,15
<i>Totaal gem.</i>	1,5	26,1	29,9	5,2	3,0	0,0	34,3	4,2	2,1

Vraag 28 ("In hoeverre voelde u zich serieus genomen door de aanmelder?")

Groep	zeer serieus	serieus	enigsz serieus	enigsz niet serieus	niet serieus	zeer niet serieus	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	2	27,5	24,5	3,9	3,9	2	36,3	4,31	2,2
O	0	37,5	25	0	6,3	3,1	28,1	3,97	2,14
<i>Totaal gem.</i>	1,5	29,9	24,6	3,0	4,5	2,2	34,3	4,2	2,2

Vraag 29 ("In hoeverre vond u de intaker vriendelijk?")

Groep	zeer vriendelijk	vriendelijk	enigsz vriendelijk	enigsz onvriendelijk	onvriendelijk	zeer onvriendelijk	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	5,9	38,2	2	0	0	1	52,9	4,65	2,55
O	18,8	37,5	6,3	0	0	0	37,5	3,75	2,6
<i>Totaal gem.</i>	9,0	38,1	3,0	0,0	0,0	0,7	49,3	4,4	2,6

Vraag 30 ("In hoeverre vond u de intaker respectvol?")

Groep	zeer respectvol	respectvol	enigsz respectvol	enigsz respectloos	respectloos	zeer respectloos	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	14,7	28,4	2	1	0	1	52,9	4,58	2,64
O	21,9	34,4	6,3	0	0	0	37,5	3,72	2,63
<i>Totaal gem.</i>	16,4	29,9	3,0	0,7	0,0	0,7	49,3	4,4	2,7

Vraag 31 ("In hoeverre vond u de intaker deskundig?")

Groep	zeer deskundig	deskundig	enigsz deskundig	enigsz ondeskundig	ondeskundig	zeer ondeskundig	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	28,4	16,7	0	0	0	1	52,9	4,43	2,83
O	46,9	9,4	3,1	0	0	0	37,5	3,48	2,87
<i>Totaal gem.</i>	32,8	14,9	0,7	0,0	0,0	0,7	49,3	4,2	2,9

Vraag 32 ("In hoeverre voelde u zich serieus genomen door de intaker?")

Groep	zeer serieus	serieus	enigsz serieus	enigsz niet serieus	niet serieus	zeer niet serieus	n.v.t.	gem.	std.dev.
U	11,8	29,4	2,9	1	0	1	52,9	4,64	2,6
O	21,9	34,4	3,1	0	0	0	37,5	3,74	2,67
<i>Totaal gem.</i>	14,2	30,6	3,0	0,7	0,0	0,7	49,3	4,4	2,6

Vraag 33 ("Was u op uw plek bij CMB?")

Groep	ja	twijfel	nee
U	32,7	37,6	28,7
O	32,3	38,7	38,7
<i>Totaal gem.</i>	32,1	35,9	30,6

Vraag 34 ("Voelde u zich welkom bij CMB?")

Groep	ja	twijfel	nee
U	48,5	27,7	23,8
O	58,1	25,8	16,1
<i>Totaal gem.</i>	50,0	28,4	21,6

