

**Kwaliteit van counseling in een online behandelprogramma voor
problematisch alcoholgebruik en de relatie met drop-out en succes
van behandeling**

Masterthesis

Augustus 2013

Tim Ziel, BSc (s0210390)

Begeleiders Universiteit Twente:

Dr. Anneke Sools

Dr. Marcel Pieterse

Begeleidster Tactus Verslavingszorg:

Dr. Marloes Postel

Abstract (Nederlands)

Introductie: Alcoholdebaas.nl (AdB) is een web-based treatment die onder directe begeleiding staat van een hulpverlener. AdB is effectief in het verminderen van alcoholgebruik, maar de rol van communicatie vanuit de hulpverlener is onderbelicht gebleven. Motiverende gespreksvoering (MG), de therapeutische relatie (TR) en een aantal overige communicatieve vaardigheden (OCV), waaronder empathie, lijken belangrijk voor de behandeling. Gesprekstechnieken behorend bij de vaardigheden van MG, TR en OCV werden beoordeeld op kwaliteit, waarbij de relatie met drop-out en succes van behandeling onderzocht werd. Van een succesvolle behandeling werd binnen AdB gesproken indien de cliënt zich na de behandeling houdt aan de norm voor laag risico drinken. Verwacht werd dat een hogere kwaliteit van de gesprekstechnieken van MG, TR en OCV samen zou hangen met een lagere drop-out (hypothese 1) en een hoger aantal succesvolle behandelingen (hypothese 2). Tot slot werd onderzocht of een snelle subjectieve manier van beoordelen overeenkomt met de beoordelingen die zijn gegeven met een objectieve manier.

Methode: Om de kwaliteit van communicatie vanuit de hulpverlener te beoordelen werd een scoreformulier gebruikt, waarmee gesprekstechnieken behorend bij de vaardigheden MG, de TR en OCV op een 3-punts Likert schaal (onvoldoende, voldoende en goed) werden beoordeeld. Op basis van de beoordeelde gesprekstechnieken werden totaalscores berekend voor MG, TR en OCV. Daarnaast moest er per analyse een snelle subjectieve beoordeling worden geven die de algehele indruk van de kwaliteit van communicatie weergeeft, onafhankelijk van de scores die zijn gegeven met het scoreformulier. De uitkomsten van de beoordelingen met het scoreformulier werden gekoppeld aan een bestaand databestand van AdB, waarin gegevens bekend waren over drop-out en succesvolle behandelingen

Resultaten: Kwaliteit van communicatie werd over alle behandelingen het best beoordeeld voor MG en OCV. De kwaliteit van communicatie bleek bij de TR overwegend een voldoende beoordeling te krijgen. Bij cliënten die de behandeling hadden doorlopen (completers) bleek er een hogere kwaliteit van communicatie waarneembaar voor de gesprekstechnieken "weerstand" (MG), de totaalscore van MG en "empathie" (OCV). Ook leek een verhoging van de totaalscore van MG te resulteren in een lagere kans op drop-out. De gesprekstechniek "bevestigen" (MG) bleek bijna significant beter in kwaliteit te zijn voor completers. Er werden geen significante verschillen gevonden voor succesvolle behandelingen. Bijna significante verschillen in kwaliteit waren waarneembaar voor "confrontatie" (MG), de totaalscore van MG en "reactie geven" (OCV) bij cliënten die de behandeling niet succesvol hadden doorlopen. Bij succesvolle behandelingen bleek de kwaliteit voor het "bespreken van doelen" (TR) bijna significant beter. De objectieve beoordelingen van MG en OCV vertoonden een significante correlatie met de snelle subjectieve beoordeling. Een niet significante positieve correlatie werd gevonden voor de TR.

Conclusie: Resultaten tonen aan dat de kwaliteit van communicatie significant verschilt voor drop-outs en completers. Ook werd op basis van deze uitkomsten meer inzicht verkregen over het gebruik van gesprekstechnieken en de relatie met de uitkomstmaten drop-out en succes van behandeling. Daarnaast lijkt een snelle subjectieve manier van beoordelen een alternatief indien behandelingen snel beoordeeld moeten worden. Vanwege de schaarsheid aan onderzoek binnen dit thema is vervolgonderzoek nodig om de rol van de kwaliteit van communicatie beter in kaart te brengen.

Abstract (English)

Introduction: Alcoholdebaas.nl (AdB) is a web-based treatment guided by a counselor. AdB has been proven to be effective in reducing the use of alcohol, but the role of counselor communication is unknown. Motivational interviewing (MG), the therapeutic alliance (TR) and other skills (OCV), like empathy, have proven to be important for the course and outcome of a treatment. The relation between the quality of communication techniques of MG, TR and OCV and dropout and success of treatment was examined. Success of treatment was determined if the client met the norm of low-risk drinking. It was expected that a higher quality of communication of MG, TR and OCV resulted in lower dropout (hypothesis 1) and a higher amount of successful treatments. Finally, it was examined if a quick subjective way of judging quality of communication matches the judgments given by an objective way.

Method: A score sheet has been used to assess the quality of communication. Communication techniques of MG, TR and OCV were scored on a 3-point Likert scale (insufficient, sufficient and good). Based on these scores, total scores for MG, TR and OCV were calculated. Per analysis a quick subjective score had to be given that represents the overall impression regarding the quality of communication. This score had to be given independent of the scores given with the score sheet. The scores given by the score sheet were coupled to an existing data file of AdB, which contained data about dropout and successful treatments.

Results: Quality of communication for all treatments was found best for MG and OCV. Quality of communication was scored primarily as "sufficient" for TR. Quality of communication was found better for the communication techniques "resistance" (MG), the total score of MG and "empathy" (OCV) for clients who have completed the whole treatment (completers). The total score of MG also predicted a lower change of dropout. Almost significant differences in quality of communication were found for the communication technique "support and endorsement" (MG), where the quality was found better for completers. No significant differences were found for successful treatments, but an almost significant better quality of communication was found for "confrontation" (MG), the total score of MG and "feedback" (OCV) for clients who completed the treatment unsuccessful. An almost significant better quality for "reflecting on objectives" (TR) was found for clients who completed the treatment successfully. The objective scores of MG and OCV showed a significant positive correlation with the quick subjective way of scoring. A non-significant positive correlation was found between the objective scores of TR and the quick subjective score.

Conclusion: Results show that the quality of communication differs significantly for dropouts and completers concerning some communication techniques. Also, more insight has been obtained about the use of communication techniques and the relation with dropout and success of treatment. The quick and subjective way of scoring looks to be an alternative (compared to the objective way) if the quality of communication has to be judged in a short amount of time. Because of the scarcity of research about this subject, more research is necessary.

Voorwoord

Allereerst wil in Ronald Roskam bedanken voor zijn inzet met betrekking tot het ontwerpen van het meetinstrument dat belangrijk was binnen dit onderzoek. Aan het begin van de samenwerking stonden wij op voor ons beiden onbekend terrein, waardoor we goed hebben moeten nadenken over de richting die we zouden gaan bewandelen. Tot heden had immers niemand, voor zover bekend, gekeken naar een manier om online behandelaars op enige manier te beoordelen. Ik kan concluderen dat we een goede en solide basis hebben gelegd voor toekomstige verfijning en onderzoek met betrekking tot de kwaliteitsmeting van online behandelaars. Hier kunnen we, naar mijn mening, met een goed gevoel op terugkijken.

Daarnaast wil ik mijn begeleiders Marloes Postel, Marcel Pieterse en Anneke Sools bedanken. Door Marloes Postel heb ik de mogelijkheid gekregen om stage te kunnen lopen bij Tactus Verslavingszorg en daarnaast een onderzoek uit te voeren. Verder heb ik aan haar veel gehad wat betreft haar manier van meedenken, kennis, inzet en interesse. Marcel Pieterse mij veel goede feedback, informatie en inzichten gegeven die belangrijk waren voor mijn thesis. Hij beschikt over veel kennis waar ik veel aan heb gehad. Anneke Sools heeft ervoor gezorgd dat ik veel meer inzicht heb verkregen in de manier waarop kwalitatief onderzoek moet worden uitgevoerd. Ook haar manier van meedenken is belangrijk geweest.

Ook wil ik mijn vader, Peter, en mijn broer, Roy, bedanken voor hun interesse en het geven van extra motivatie voor het schrijven van mijn masterthesis. Mijn moeder, die helaas in 2008 is overleden, heeft er ook toe bijgedragen dat ik de motivatie en inzet kon opbrengen voor het afronden van mijn opleiding.

Tot slot wil ik de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg bedanken voor de mogelijkheid die ik heb gekregen om stage te lopen naast mijn onderzoek. Door naar jullie te kijken en samen met jullie te werken heb ik veel geleerd, wat ik zeker kan en ga toepassen in de toekomst. Ik hoop jullie in de toekomst nog een keer tegen te komen.

Inleiding

Alcoholdebaas.nl

Alcoholdebaas.nl (AdB) is een internetbehandeling (web-based treatment) van Tactus Verslavingszorg waar cliënten een traject kunnen doorlopen dat gericht is op het verminderen of stoppen van het alcoholgebruik. Deze behandeling staat onder begeleiding van een hulpverlener die de cliënt ondersteunt tijdens het traject. Per online berichtgeving staan cliënt en hulpverlener in contact. Uit een gerandomiseerd onderzoek (Postel, de Haan, ter Huurne, Becker & de Jong, 2010) is gebleken dat de behandeling van AdB effectief is wat betreft het verminderen van alcoholgebruik en het verbeteren van de gezondheid. Er is echter geen onderzoek geweest naar de rol van de hulpverlener, waardoor het onbekend is wat de invloed van de hulpverlener is op het verloop en de uitkomsten van de behandeling. Uit onderzoek blijkt dat de drop-outs na de eerste paar contacten uitvallen (Postel, De Haan, ter Huurne, van der Palen, Becker & de Jong, 2011), waardoor de kwaliteit van de hulpverlener binnen deze contacten belangrijk kan zijn.

Online behandelingen

AdB is een web-based treatments, die omschreven kan worden als *“elke vorm van professionele therapeutische interactie die gebruik maakt van het internet om gekwalificeerde mentale gezondheidsprofessionals te verbinden met hun cliënten”* (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). De stigmatisatie is echter een belangrijke reden voor het uitstellen van het zoeken van hulp (Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal & Toneatto, 1993). Ook lijkt dat de stigmatisatie omtrent alcohol groot is in vergelijking met andere mentale stoornissen, zoals depressie en schizofrenie (Schomerus et al., 2011). Online behandelingen kunnen de effecten van stigmatisatie beperken; ze zijn toegankelijk (Rochlen et al., 2004), kunnen een nieuwe groep cliënten aantrekken (Postel, De Haan, Ter Huurne, Becker & De Jong, 2011), gevoelige onderwerpen kunnen meer anoniem aan bod komen (Young, 2005), het schrijven werkt therapeutisch (Rochlen et al., 2004; Baikie & Wilhelm, 2005) en afspraken hoeven niet tijdens werktijden plaats te vinden (De Niet, 2009). Nadelen van online therapie zijn onder andere de kans op het foutief

lezen van tekst, het missen van non-verbale signalen en de asynchrone vorm van communicatie (Rochlen et al., 2004).

Effectiviteit online behandelingen

Vanwege de voordelen van online behandelingen wordt er veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit. Online behandelingen zijn onder te verdelen in zelfhulp en een (beperkte) ondersteuning door een hulpverlener. Met zelfhulp krijgt de cliënt de beschikking over materialen die hij of zij zelf moet doorlopen. Uit verscheidene onderzoeken blijkt dat zelfhulp de alcoholconsumptie kan verminderen (Kramer et al., 2009; Riper et al., 2007; Riper et al., 2011). Het aanbieden van online therapie met begeleiding van een hulpverlener lijkt voor alcoholmisbruik eveneens effectief te zijn voor het verminderen van de alcoholconsumptie vergeleken met een groep die geen behandeling krijgt (Blankers, Koeter & Schippers, 2011). Daarnaast blijkt dat er geen significant verschil waarneembaar was tussen psychotherapeutische behandelingen (o.a. voor excessief drinken, depressie en fobieën) die online (zelfhulp en interactie met hulpverlener) en face-to-face werden aangeboden (Barak, Hen, Boniel-Nissim en Shapira, 2008). Alhoewel onderzoeken de effectiviteit hebben vastgesteld van verscheidene online therapieën, is het onduidelijk in hoeverre de communicatie van een hulpverlener van belang is bij het verloop en uitkomsten van de behandeling. Ook is het onduidelijk welke specifieke vormen van communicatie onderzocht moeten worden die een mogelijke samenhang vertonen met uitkomsten van een behandeling.

Binnen online behandelingen is het (online) contact een belangrijk aspect dat de hulpverlener verbindt met de cliënt. Hierdoor is communicatie een belangrijke graadmeter om een aspect van de kwaliteit van de hulpverlener vast te stellen en het effect hierop met uitkomsten van de behandeling in kaart te brengen. Voor zover bekend is er binnen andere web-based interventies geen onderzoek gedaan die de kwaliteit van de communicatie van online behandelaars vaststelt.

Change process research

Om te onderzoeken welke onderdelen van communicatie een rol spelen kan er gebruik worden gemaakt van change process research (CPR). CPR is onderzoek dat zich richt op processen die veranderingen teweeg brengen binnen psychotherapeutische behandelingen (Elliott, 2010). Alhoewel er meerdere vormen van dit type onderzoek zijn, is het kwalitatieve process-outcome design een veelgebruikt ontwerp. Dit ontwerp richt zich met name op het vaststellen van belangrijke processen binnen behandelingen, die vervolgens gebruikt kunnen worden om de uitkomsten van een behandeling te voorspellen (Elliott, 2010). Tot op heden is CPR nog niet gebruikt voor onderzoek binnen online behandelingen. Ook is er weinig onderzoek gedaan dat de uitkomsten van CPR heeft gekoppeld aan uitkomstmaten.

Een voorbeeld van CPR is het instrument dat is ontwikkeld door Roskam (2013) om de kwaliteit van communicatie voor AdB vast te stellen: de *look at your drinking-adherence and competence scale (LAYD-ACS)*. Op basis van literatuur heeft hij vastgesteld dat een aantal vaardigheden van de behandelaar belangrijk zijn binnen de behandeling, zoals de toepassing van motiverende gespreksvoering, de totstandkoming van de therapeutische relatie, het geven van informatie en reflecteren. Elk van deze vaardigheden zijn onderverdeeld in gesprekstechnieken die behoren bij een vaardigheid. Een gedetailleerde beschrijving van alle gesprekstechnieken is elders beschreven (Roskam, 2013). In zijn onderzoek werd de kwaliteit van de gebruikte gesprekstechnieken beoordeeld, maar er werd niet gekeken naar de relatie met uitkomsten van de behandeling. Ook bleek het instrument uitgebreid en het gebruik hiervan veel tijd te kosten om volledige behandelingen te analyseren. Met name de therapeutische relatie en motiverende gespreksvoering zijn volgens het instrument belangrijk binnen een behandeling.

Motiverende gespreksvoering

De communicatie van motiverende gespreksvoering (MG) lijkt een belangrijk aspect te zijn binnen de behandeling. MG kan omschreven worden als *“een cliënt- en doelgerichte communicatiestijl die de eigen motivatie van cliënten probeert te vergroten door het*

verkennen en verminderen van hun tegenstrijdige gevoelens (ambivalentie) over verandering, zodat er bij de cliënt een groter commitment ontstaat om verandering te realiseren” (BijZijn-XL, 2012). Uit onderzoek bleek dat de toepassing van MG tot een significante daling van de alcoholconsumptie leidde ten opzichte van de (controle) groep die geen behandeling kreeg (Beckham, 2007). Soortgelijke resultaten werden ook in een ander onderzoek gevonden (Brown en Miller, 1993). Verder lijkt het aanbieden van MG succesvol te zijn als korte interventie in het verminderen van de alcoholconsumptie (Vasilaki, Hosier & Cox, 2006) en kan het aanbieden van MG, alvorens er wordt gestart met een behandeling, ervoor zorgen dat er een hoger aantal behandelingen wordt bezocht bij cliënten die een alcoholverslaving hebben (Connors, Walitzer & Dermen, 2002).

In de LAYD-ACS (Roskam, 2013) worden onder andere de gesprekstechnieken die motivatie bespreken en toestemming en vrijblijvendheid vragen/aanbieden bij het verstrekken van informatie en advies ondergebracht bij MG. Alhoewel er veel bekend is wat betreft de effectiviteit van MG, is er in de literatuur voor zover bekend geen studie die de relatie tussen de kwaliteit van deze gesprekstechnieken en het effect hiervan op succes van behandeling heeft vastgesteld. Ook is er geen onderzoek bekend dat de relatie met drop-out heeft onderzocht.

Therapeutische relatie

Binnen de literatuur lijkt de therapeutische relatie (TR) eveneens een belangrijk aspect waar de (communicatie van) de hulpverlener een belangrijke rol speelt. De TR is de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener: *“It is often defined in terms of a positive emotional bond, mutual agreement on therapeutic tasks and goals, and perceived openness and truthfulness”* (Manso & Rauktis, 2011). De TR lijkt niet alleen belangrijk te zijn voor de tevredenheid en therapietrouw van de behandeling (Fuertes et al., 2007), maar heeft bij psychotherapeutische behandelingen eveneens een belangrijke relatie met de kans dat cliënten voortijdig een behandeling afbreekt (Sharf, Primavera, & Diener, 2010). Bij mensen met een drugsprobleem is deze TR als voorspeller gevonden voor drop-out (Cournoyer, Brochu, Landry & Bergeron, 2007) en zorgde een goede beoordeling door de cliënt van deze relatie er voor dat ze significant minder snel stopten

(Meier, Donmall, McElduff, Barrowclough & Heller, 2006). Ook bij behandelingen voor een alcoholverslaving is de therapeutische relatie belangrijk voor het niet afronden (drop-out) van de behandeling (Saarnio, 2002). Daarnaast lijkt de TR een belangrijke bijdrage te leveren aan het drinkgedrag bij cliënten die een lage motivatie hebben om te veranderen (Ilgen, McKellar, Moos & Finney, 2006).

Onderzoeken tonen aan dat de therapeut een belangrijke rol kan spelen bij de totstandkoming van de TR. Uit een review komt naar voren dat bepaalde karakteristieken en technieken van de therapeut bijdragen aan een negatieve therapeutische relatie, zoals het geven van ongewenst advies, niet goed ondersteunen en het kritisch, rigide, afstandelijk zijn (Ackerman en Hilsenroth, 2001). Technieken als begrijpen, reflecteren en ondersteunen hebben een positieve uitkomst op de totstandkoming van de TR (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Om de TR op kwaliteit te beoordelen heeft Roskam (2013) op basis van de literatuur gesprekstechnieken geformuleerd die behoren bij de therapeutische relatie, zoals het uitspreken van wederzijds vertrouwen en het benadrukken van de samenwerking. Alhoewel de TR wel in kaart is gebracht, is het onduidelijk in hoeverre de kwaliteit van de genoemde gesprekstechnieken dezelfde samenhang vertonen met drop-out als uit de genoemde onderzoeken is gebleken. Ook is er voor zover bekend geen onderzoek gedaan die kwaliteit van de gesprekstechnieken van TR gekoppeld heeft aan het succes van een behandeling.

Overige communicatieve vaardigheden

Roskam (2013) heeft een aantal overige communicatieve vaardigheden gedefinieerd die, naast MG en de TR, belangrijk kunnen zijn binnen een behandeling, zoals het geven van informatie (o.a. psycho-educatie), openheid van de hulpverlener, deadline flexibiliteit met betrekking tot huiswerkopdrachten/thuisopdrachten en het tonen van empathie. Ook uit ander onderzoek, waarin de content van e-mails werden geanalyseerd, bleek dat onder andere deadline flexibiliteit, het geven van psycho-educatie, openheid van de hulpverlener en empathie gedragingen zijn die binnen online behandelingen plaatsvinden (Paxling et al., 2013). Uit dit onderzoek bleek eveneens dat empathie een significante (positieve) correlatie vertoonde met het afronden van een module binnen

de behandeling. Uit de genoemde onderzoeken blijkt dat meerdere gesprekstechnieken herkend worden binnen online behandelingen, maar dat de relatie met uitkomsten van behandelingen beperkt in kaart is gebracht. De relatie met drop-out en succes van behandeling is daarom onbekend. Volgens Paxling et al. (2013) zijn zij dan ook de eersten die de berichtgeving van online behandelaars hebben geanalyseerd en de gevonden gedragingen hebben gecorreleerd met uitkomstvariabelen.

Fidelity van de hulpverlener

Een aspect waarbij de hulpverlener een rol speelt is de fidelity: in hoeverre de therapeut de protocollen van een behandeling volgt en zodoende de behandeling op de juiste wijze implementeert. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen adherentie en competentie, wat respectievelijk aangeeft of de juiste procedures zijn gekozen en of de procedures goed zijn uitgevoerd die horen bij de uitvoering van een behandeling (Fairburn & Cooper, 2011). Onderzoek onder drugsverslaafden toonde aan dat wanneer de therapeutische relatie zwak is, een gemiddelde adherentie van de therapeut aan de behandeling leidde tot een reductie van drugsgebruik en symptomen vergeleken met wanneer er een lage of hoge adherentie was (Barber et al., 2006). Zij gaven aan dat het goed kon zijn om adherentie aan de behandeling te vertonen, maar soms af te wijken indien de behandeling daar om vroeg. Ook de beoordeling van competentie van de therapeut bij cognitieve therapie voor depressie bleek een voorspeller te zijn voor de vermindering van symptomen (Strunk, Brotman, DeRubeis & Hollon, 2010). Beperkt bewijs hiervoor werd ook gevonden in ander onderzoek (Shaw et al., 1999). Alhoewel de adherentie en competentie betreffende de communicatie binnen AdB op kleine schaal is onderzocht (Roskam, 2013), is er weinig bekend over het gebruik van de gesprekstechnieken op grotere schaal.

Onderzoeksvraag en hypotheses

Uit de besproken onderzoeken over MG en de TR komt naar voren dat alcoholgebruik en drop-out belangrijke uitkomstmaten zijn die veelvuldig worden onderzocht. Ook binnen AdB zijn belangrijke uitkomstmaten in hoeverre de cliënten de behandeling volledig (completers) en voortijdig hebben afgerond (drop-out). Eveneens is succes van

behandeling belangrijk, waar binnen AdB van gesproken wordt indien cliënten de volledige behandeling hebben afgerond en zich nadien houden aan de norm voor het drinken met een laag risico (21 glazen man, 14 glazen vrouw per week). De relatie tussen de kwaliteit van communicatie en de hiervoor genoemde uitkomstmaten is echter onduidelijk.

Binnen dit onderzoek zal de kwaliteit van communicatie aan de hand van de fidelity (adherentie en competentie) voor MG, TR en OCV vast worden gesteld. Vervolgens wordt gekeken naar de relatie tussen kwaliteit van communicatie, drop-out en succes van behandeling. Er zal verwacht worden dat een hogere kwaliteit van de gesprekstechnieken van MG, TR en OCV samenhangt met een lagere drop-out (hypothese 1). Ook zal er verwacht worden dat een hogere kwaliteit van de gesprekstechnieken van MG, TR en OCV samenhangt met een hoger aantal succesvolle behandelingen (hypothese 2). Tot slot zal er gekeken worden of een snelle en globale subjectieve manier van beoordelen overeenkomt met de beoordelingen die zijn gegeven met een objectieve manier. Dit wordt onderzocht om te bepalen of een subjectieve (globale) beoordeling een alternatief of aanvulling kan zijn voor en op een objectieve manier van beoordelen.

Methode

Interventie

Tactus Verslavingszorg is een instantie waar men terecht kan met verscheidene vormen van verslaving. Alcoholdebaas.nl (AdB) is een door Tactus Verslavingszorg ontwikkelde online behandeling waar mensen met een alcoholprobleem zich voor kunnen aanmelden. Binnen deze behandeling staan MG en cognitieve gedragstherapie centraal. Het contact vindt plaats via berichten die worden verstuurd binnen een online omgeving van AdB, waar cliënten vanuit hun eigen computer kunnen inloggen. De hulpverlener kan binnen deze online omgeving persoonlijk op de berichtgeving en de voortgang van de cliënt reageren, waar ze, ter ondersteuning, gebruik kunnen maken van gestandaardiseerde teksten die horen bij een bepaalde fase in het behandeltraject. Dit kan onder andere bestaan uit algemene informatie over alcohol en huiswerkopdrachten. Deze teksten bieden een bepaalde structuur die aan- en ingevuld moet worden met de

informatie die de cliënt gedurende de behandeling geeft. Hierdoor zijn de opdrachten en informatie die worden aangeboden voor een bepaald deel hetzelfde voor elke cliënt.

Binnen AdB zijn er twee trajecten te volgen: de intensieve, waar dit onderzoek zich op richt, en de korte variant. De korte variant verschilt met de intensieve variant wat betreft de duur (6 weken) en de fases die iemand doorloopt. De behandelingsfases die een cliënt van de intensieve variant (16 weken) doorloopt zijn voor iedereen hetzelfde. De eerste fase in de behandeling is de intake, waar de cliënt een aantal vragen moet beantwoorden ten behoeve van de geschiktheid voor de te volgen behandeling. Als uit de intake blijkt dat de cliënt geschikt is moeten er twee delen doorlopen worden: binnen het eerste deel staat het inzicht krijgen in de alcoholproblematiek centraal, waar deel twee voor het aanpakken van de problematiek dient. Deze fases bestaan uit het benoemen van voor- en nadelen van het alcoholgebruik, een alkoholschrift bijhouden, situaties analyseren, meten en weten, een doel stellen voor het vervolg van de behandeling, gewoontes doorbreken, anders denken, anders doen, beslissingen nemen en een actieplan maken. Een gedetailleerde beschrijving van deze fases is elders beschreven (Postel, Ter Huurne, de Haan & De Jong, 2009).

Dataverzameling

In totaal zijn er 50 (N=50) dossiers geselecteerd uit de database van AdB. Daarbij werd gestreefd naar een maximum variatie in sampling. Om de invloed van tussentijdse veranderingen van de gestandaardiseerde teksten binnen AdB te beperken werden 50 dossiers op datum van afronding uit 2011 geselecteerd. De geselecteerde dossiers werden geanalyseerd aan de hand van een verkorte versie van de LAYD-ACS (Roskam, 2013), waarbij gesprekstechnieken van de MG, TR en OCV op kwaliteit werden beoordeeld. De analyse heeft zich beperkt tot twee fasen binnen het eerste deel van de behandeling: situaties analyseren en alkoholschrift bijhouden. Hier werd voor gekozen omdat drop-outs veelal na de eerste paar contacten uitvallen (Postel et al., 2011) en vanwege de omvang van de berichtgeving binnen de dossiers.

De uitkomsten van de beoordeelde gesprekstechnieken werden gekoppeld aan een bestaand databestand van AdB. In dit bestand stonden alle beschikbare gegevens (o.a.

alcoholgebruik) die de cliënt in de vragenlijsten kenbaar had gemaakt: voormeting alvorens er werd gestart met de behandeling, tussenmeting en nameting (na 3 weken en 6 maanden). Op basis van dit databestand konden de uitkomstvariabelen drop-out en succes van de behandeling gedefinieerd worden. Er werd gesproken van een succesvolle behandeling indien cliënten de behandeling hadden afgerond en zich hielden aan de norm voor laag risico drinken; mannen maximaal 21 glazen per week en vrouwen maximaal 14 glazen per week (Veenvliet, 2013). Succes van behandeling werd vastgesteld aan de hand van het aangegeven alcoholgebruik in de (eerste) nameting na 3 weken.

Informed consent wordt binnen het behandeltraject van AdB standaard vastgelegd door cliënten bij aanvang van de behandeling te vragen of hun gegevens gebruikt mogen worden voor onderzoek dat de kwaliteit van de behandeling kan verbeteren, waardoor binnen dit onderzoek gegevens gebruikt konden worden. De hulpverleners van AdB zijn eveneens (standaard) op de hoogte dat gegevens worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast werden hulpverleners binnen dit onderzoek intern op de hoogte gebracht over het gebruik van gegevens.

Participanten

Het aantal mannen was gelijk aan het aantal vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 48 jaar ($SD=11,5$). Er waren 29 cliënten lager en 21 cliënten hoger opgeleid. Van de 50 cliënten waren er 24 tijdens de behandeling uitgevallen (drop-out). Van 1 completer was geen nameting bekend om succes van behandeling te bepalen. Van de overige 25 completers hadden 16 cliënten de behandeling succesvol afgerond.

Procedure

Allereerst werd een vooronderzoek uitgevoerd dat als doel had een scoreformulier te ontwikkelen dat een versimpelde versie moest worden van de *look at your drinking-adherence and competence scale* (LAYD-ACS) (Roskam, 2013). Aan de hand van de LAYD-ACS worden gesprekstechnieken van een aantal vaardigheden, zoals MG en de TR, op kwaliteit beoordeeld. In het vooronderzoek is de LAYD-ACS (Roskam, 2013) toegepast

op een aantal volledige behandelingen om de frequentie en relevantie van de gebruikte gesprekstechnieken uit de LAYD-ACS vast te stellen binnen het behandeltraject van AdB. Op basis van deze uitkomsten werden gesprekstechnieken geselecteerd voor het scoreformulier. De manier van het beoordelen van de kwaliteit van communicatie werd grotendeels gebaseerd op een scoreformulier uit ander onderzoek: de *smoking counselling cessation inventory (SMOCCI)* (Houwens, Vervoort, Rossem en Kotz, 2013). Op basis van dit scoringsformulier bestond er de mogelijkheid om de begeleiding bij het stoppen met roken in kaart te brengen aan de hand van een globale kwaliteitsbeoordeling van communicatieve vaardigheden. Hierbij werd er gebruik gemaakt van een 5-punts Likertschaal, waarmee aangegeven kon worden of de techniek niet waargenomen werd of onvoldoende, voldoende, goed of uitstekend was toegepast. Op basis van de bijbehorende scores kon er per onderdeel een totaalscore berekend worden, waarmee aangegeven kon worden hoe een desbetreffende behandelaar had gepresteerd met betrekking tot een bepaalde gespreksvaardigheid. Zie bijlage 1 voor een vollediger beschrijving van het vooronderzoek.

Om het scoreformulier (bijlage 2) te testen zijn 3 dossiers gescoord door Tim Ziel (TZ) en Marloes Postel (MP). Daarnaast is 1 van de 3 dossier ook gescoord door een extra beoordelaar, Marcel Pieterse (M). Aan de hand van de handleiding en beschrijvingen van de gesprekstechnieken hebben de beoordelaars zich ingelezen met betrekking tot het herkennen van een gesprekstechniek en het kiezen van een geschikte score. Nadat de 3 dossiers waren geanalyseerd is er overleg geweest over de gekozen scores. De verschillen in score werden overlegd en bediscussieerd totdat er overeenstemming werd bereikt. Op basis van de discussie zijn de definities en de handleiding verfijnd, zodat de consistentie van toekomstige beoordelingen beter werd. Daarnaast werd het scoreformulier beoordeeld door de ontwikkelaar van de LAYD-ACS (Roskam, 2013).

Na het bereiken van overeenstemming heeft TZ 50 dossiers geanalyseerd. Tijdens de analyse werden de handleiding en het scoreformulier gebruikt (bijlage 2), respectievelijk voor het kiezen van de juiste score en voor het geven van een score. De analyse vond plaats binnen het online programma van AdB. Alle berichtgeving binnen de fases "alcoholschrift bijhouden" en "situaties analyseren" werden meegenomen in de analyse, waarbij de berichtgeving van de cliënt voor de context diende.

Instrument

Met het ontwikkelde scoreformulier worden gesprekstechnieken van MG, de TR en OCV op kwaliteit beoordeeld. In tabel 1 staan de gesprekstechnieken die beoordeeld werden. Bij MG wordt onder andere gekeken naar gesprekstechnieken die de cliënt bevestigen/ondersteunen tijdens zijn of haar handelingen (“*je bent op de goede weg*”) en in hoeverre de behandelaar de cliënt controle over de behandeling geeft (“*je maakt steeds zelf de keuze en je bepaalt zelf wat je wel of niet doet*”). Voorbeelden bij de TR zijn het bespreken van doelen (“*je hebt als doel ingevuld te willen minderen met drinken. Goed dat je wederom het initiatief hebt genomen om je aan te melden en je alcoholgebruik te onderzoeken en eventueel te veranderen*”) en het tonen van transparantie omtrent zaken die (direct of indirect) betrekking hebben op de cliënt (“*vrijdagochtend ben ik weer online*”). Bij OCV wordt gekeken naar gesprekstechnieken als het tonen van empathie richting de cliënt (“*ik kan me inderdaad je dubbelheid voorstellen waar je tegelijkertijd het iedereen naar de zin wilt maken...*”) en het reflectief luisteren (“*ik merk dat je op allerlei manieren onder druk staat...*”). In bijlage 2 wordt een uitgebreidere beschrijving gegeven van de gesprekstechnieken en de bijbehorende definities.

Tabel 1. Gesprekstechnieken uit het scoreformulier.

Vaardigheid	Gesprekstechniek
Motiverende gespreksvoering	Wederzijds vertrouwen Samenwerking benadrukken Transparantie Doelen Afspraken
Therapeutische relatie	Bevestigen/ondersteunen Motivatie Controle deelnemer Confrontatie Weerstand
Overige communicatieve vaardigheden	Empathie Reflectief luisteren Reactie geven Uitleggen ideeën en concepten

Elk onderdeel van MG, de TR en OCV wordt gescoord op basis van een 3-punts Likertschaal; de score 0 wordt gegeven wanneer de vaardigheid onvoldoende is toegepast, 1 wanneer de vaardigheid voldoende is toegepast en 2 wanneer de vaardigheid goed is toegepast. Indien een vaardigheid niet is waar te nemen tijdens de analyse, dan wordt er gekozen voor "niet van toepassing". Op basis van deze scores wordt er voor MG, de TR en OCV een aparte totaalscore berekend, die vervolgens moet worden afgezet tegenover de maximaal te behalen score voor de desbetreffende vaardigheid. De maximale score wordt berekend door het maximaal aantal punten van de waargenomen gesprekstechnieken op te tellen. Bij de berekening worden de gesprekstechnieken die als "niet van toepassing" zijn gecodeerd niet gebruikt. Om te bepalen of de beoordelingen die zijn gegeven met het scoreformulier overeenkomen met de algehele indruk van de beoordelaar voor de kwaliteit van communicatie moet er een cijfer worden geven. De te geven cijfers variëren van 4 tot 9, waar 4 en 5 als onvoldoende worden beschouwd, 6 en 7 als voldoende en 8 en 9 als goed.

Data-analyse

SPSS (versie 21.0) werd gebruikt voor het berekenen van de statistische data. Frequenties van het totaal aantal waargenomen gesprekstechnieken werden berekend, afgezet tegen onvoldoende, voldoende, goede en niet waargenomen beoordelingen. Om de relatie tussen de kwaliteit van communicatie en de uitkomstvariabelen (drop-out en succes van behandeling) te onderzoeken werden t-tests en (meervoudige) logistische regressie analyses uitgevoerd. T-tests voor afzonderlijke steekproeven werden uitgevoerd om te onderzoeken of hogere scoring van een gesprekstechniek de kans op dropout verkleint en de kans op succes van behandeling vergroot. Er werd eenzijdig getoetst met een significantieniveau van .05. Meervoudige logistische regressie analyses werden uitgevoerd om per vaardigheid de verklaarde variantie van de gesprekstechnieken voor drop-out en succes van behandeling te berekenen, waarbij werd onderzocht welke gesprekstechnieken de sterkste bijdrage hadden. Enkelvoudige logistische regressie analyses werden uitgevoerd om de verklaarde variantie van de totaalscores van MG, TR en OCV op drop-out en succes van behandeling te berekenen. Om de samenhang te berekenen tussen de objectieve en de snelle subjectieve globale manier van beoordeling zijn Pearson's correlaties berekend; Pearson's correlaties

werden berekend tussen de totaalscores van MG, TR, OCV en de globale eindbeoordeling.

Een criterium voor toevoeging van een techniek als voorspeller aan de regressie was dat er minimaal 10 beoordelingen per gesprekstechniek aanwezig moesten zijn. Deze vuistregel moet volgens Haynes, Sackett, Guyatt en Tugwell (2006) worden aangehouden, omdat er anders een kans bestaat dat het getoetste model onbetrouwbaar is. Daarnaast werden eventuele gesprekstechnieken niet toegevoegd indien een techniek binnen elk dossier dezelfde score kreeg (constantheid). Hier werd voor gekozen omdat het effect van de gesprekstechniek op de uitkomstvariabelen niet berekend kon worden. Gesprekstechnieken die niet aan deze voorwaarde voldeden werden niet geïnccludeerd in de analyse. De niet toegevoegde gesprekstechnieken werden echter wel meegenomen bij de berekening van de totaalscores van MG, de TR en OCV, die berekend werd door de behaalde scores voor de bijbehorende gesprekstechnieken te delen door de maximaal te behalen score.

Resultaten

Tabel 2 geeft een weergave van de beoordelingen voor de beoordeelde gesprekstechnieken over de 50 dossiers waarmee de fidelity kan worden vastgesteld; op basis van deze resultaten kan beoordeeld worden hoe de competentie (uitvoering) voor de gesprekstechnieken was. Per gesprekstechniek is de frequentie van onvoldoende, voldoende en voldoende beoordelingen weergegeven met daarbij de percentuele bijdrage. Tot slot zijn kolomtotalen berekend met frequenties van de gegeven beoordelingen over alle gesprekstechnieken binnen de vaardigheid, gevolgd door de percentuele bijdrage ten opzichte van het totaal aantal beoordeelde technieken. De niet waargenomen gesprekstechnieken worden weergegeven in de laatste kolom.

Op basis van de resultaten blijkt dat de competentie over alle gesprekstechnieken van MG overwegend als goed werd beoordeeld (79,9%), gevolgd door voldoende (17,4%) beoordelingen. Dit betekent dat de uitvoering in 20% van de beoordelingen beter had kunnen zijn. Deze resultaten tonen echter aan dat de competentie voor de vaardigheid als geheel goed was. Specifiek kijkend naar de gesprekstechnieken komt naar voren dat

de competentie voor het bevestigen van de cliënt (96%), het confronteren van de cliënt (80%) en het benadrukken van de controle van de cliënt (74%) het meest als goed werd beoordeeld. De competentie werd bij het bespreken van de motivatie (33,3%) en het benadrukken van de controle van de cliënt (26%) het meest als voldoende beoordeeld binnen MG. Alleen weerstand werd enkele keren als onvoldoende beoordeeld; in 30,8% van de beoordelingen voor het bespreken van weerstand werd de vaardigheid als onvoldoende beoordeeld. Dit betekent dat er ruimte voor verbetering waarneembaar was voor een aantal gesprekstechnieken. Onvoldoende beoordelingen werden weinig waargenomen.

De competentie over alle gesprekstechnieken binnen TR bleek in meer dan de helft (57,7%) als goed te worden beoordeeld. In minder dan de helft van de waarnemingen (41,3%) werd er een voldoende beoordeling gegeven voor de gesprekstechnieken. Dit betekent dat de competentie voor de vaardigheid in bijna de helft van de waarnemingen kwalitatief beter uitgevoerd hadden kunnen worden. Specifiek kijkend naar de gesprekstechnieken valt op dat het geven van transparantie (98%) en het bespreken van afspraken (97,6%) het meest frequent als goed werden beoordeeld. Daarentegen werd het kenbaar maken van het wederzijds vertrouwen (100%), het bespreken van doelen (87%) en het benadrukken van de samenwerking (67,4%) overwegend als voldoende beoordeeld. Dit betekent dat deze gesprekstechnieken in een groot aantal waarnemingen beter in uitvoering had kunnen zijn. Ook binnen deze vaardigheid kwamen onvoldoende beoordelingen weinig voor.

Bij OCV werden alle gesprekstechnieken bijna volledig als goed beoordeeld. Binnen deze vaardigheid werden alleen empathie (20%) en het geven van een reactie (8%) als voldoende beoordeeld. Dit betekent dat de competentie voor OCV als geheel goed was, maar empathie en het geven van een reactie in enkele gevallen kwalitatief beter uitgevoerd hadden kunnen worden.

Op basis van deze resultaten komt naar voren dat de competentie als geheel voor MG en OCV goed was. Bij de TR werd frequent een voldoende beoordeling gegeven, wat betekent dat de competentie bij bepaalde gesprekstechnieken beter had kunnen zijn.

Deze resultaten tonen eveneens aan welke gesprekstechnieken het grootste aandeel hadden wat betreft de gegeven beoordelingen binnen een vaardigheid.

Tabel 2. Beoordeling van de gesprekstechnieken voor MG (2.a), TR (2.b) en OCV (2.c), afgezet tegen het totaal aantal waarnemingen en de percentuele bijdrage binnen de vaardigheid.

2.a

	Onvoldoende	Voldoende	Goed	Totaal beoordeelde technieken	Niet waargenomen
MG					
<i>Bevestigen</i>		2 (4%)	48 (96%)	50 (100%)	44
<i>Motivatie</i>		2 (33,3%)	4 (66,7%)	6 (100%)	
<i>Controle deelnemer</i>		13 (26%)	37 (74%)	50 (100%)	
<i>Confrontatie</i>		5 (20%)	20 (80%)	25 (100%)	25
<i>Weerstand</i>	4 (30,8%)	3 (23,1%)	6 (46,2%)	13 (100%)	37
Totaal	4 (2,8%)	25 (17,4%)	115 (79,9%)	144 (100%)	106

2.b

	Onvoldoende	Voldoende	Goed	Totaal beoordeelde technieken	Niet waargenomen
TR					
<i>Wederzijds vertrouwen</i>		3 (100%)		3 (100%)	47
<i>Samenwerking benadrukken</i>	1 (2%)	33 (67,4%)	15 (30,6%)	49 (100%)	1
<i>Transparantie</i>		1 (2%)	49 (98%)	50 (100%)	4
<i>Doelen</i>	1 (2,2%)	40 (87%)	5 (10,8%)	46 (100%)	
<i>Afspraken</i>		1 (2,4%)	40 (97,6%)	41 (100%)	
Totaal	2 (1%)	78 (41,3%)	109 (57,7%)	189 (100%)	61

2.c

	Onvoldoende	Voldoende	Goed	Totaal beoordeelde technieken	Niet waargenomen
OCV					
<i>Empathie</i>		6 (20%)	24 (80%)	30 (100%)	20
<i>Reflectief luisteren</i>			18 (100%)	18 (100%)	
<i>Reactie geven</i>		4 (8%)	46 (92%)	50 (100%)	32
<i>Uitleggen</i>			50 (100%)	50 (100%)	
Totaal	0 (0%)	10 (6,8%)	138 (93,2%)	148 (100%)	52

Kwaliteit van communicatie en de relatie met drop-out

In tabel 3 zijn de t-tests weergegeven voor de beoordeelde gesprekstechnieken bij drop-outs en completers. T-tests toonden aan dat er een significant verschil waarneembaar was voor de totaalscore van MG ($p=.014$), waar er een hogere totaalscore werd gegeven bij cliënten die de behandeling hadden voortgezet (completers). Dit betekent dat de kwaliteit over het totaal aantal gesprekstechnieken binnen MG beter was bij completers. Bij MG was een significant verschil waarneembaar voor weerstand ($p<.001$), waar een hogere score werd gegeven bij completers. Dit betekent dat de kwaliteit van communicatie voor deze techniek beter was voor deze groep. Bijna significante verschillen werden gevonden voor bevestigen ($p=.081$), waar er een hogere score werd gegeven bij completers. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de kwaliteit van deze gesprekstechniek bijna significant beter was voor deze groep.

Bij OCV was er een significant verschil waarneembaar voor empathie ($p=.024$), waar er bij completers een hogere score werd gegeven. Dit gaf aan dat voor empathie de kwaliteit van communicatie beter was dan bij drop-outs. Voor de overige gesprekstechnieken en totaalscores werden geen significante verschillen gevonden. Er konden geen t-tests worden uitgevoerd voor wederzijds vertrouwen (TR), reflectief luisteren en uitleggen (OCV) vanwege een laag aantal waarnemingen of de constantheid van de gegeven scores.

Tabel 3. T-tests voor de gesprekstechnieken van MG, TR en OCV bij drop-outs en completers.

	Drop-out						95% CI for Mean Difference	t	p	df
	Nee (n=26)			Ja (n=24)						
	M	SD	n	M	SD	n				
Motiverende Gespreksvoering										
Bevestigen	2.00	.00	26	1.92	.28	24	-0.04, 0.20	1.45	.081	23
Motivatie	1.67	.58	3	1.67	.58	3	-1.31, 1.31	.00	1.000	4
Controle	1.77	.43	26	1.71	.46	24	-0.19, 0.32	.48	.316	48
Confrontatie	1.83	.39	12	1.77	.44	13	-0.28, 0.41	.39	.352	23
Weerstand	2.00	.00	5	0.63	.74	8	0.75, 2.00	5.23	<.001	7
TotaalscoreMG	93.11	11.11	26	84.83	14.64	24	0.93, 15,64	2.26	.014	48
Therapeutische relatie										
Samenwerking benadrukken	1.32	.48	25	1.25	.53	24	-0.22, 0,36	0.49	.315	47
Transparantie	2.00	.00	26	1.96	.20	24	-0.05, 0.13	1.00	.164	23
Doelen	1.04	.35	25	1.14	.36	21	-0.31, 0.11	-0,98	.166	44
Afspraken	1.95	.22	20	2.00	.00	21	-0.16, 0.06	-1.00	.165	19
TotaalTR	77.40	9.73	26	78.79	11.15	24	-7.32, 4,56	-0,47	.321	48
Overige communicatieve vaardigheden										
Empathie	1.94	0.24	17	1.62	0.51	13	0.00, 0,65	2.14	.024	16.2
Reactie geven	1.92	0.27	26	1.92	0.28	24	-0.15, 0.16	0.08	.468	48
Totaal OCV	97.76	6.48	26	95.31	8.63	24	-1.94, 6,83	1.13	.134	42.6

Enkelvoudige logistische regressie analyses zijn uitgevoerd voor de totaalscores van MG, TR en OCV (tabel 4). De totaalscore van MG leek een significante voorspellende waarde te hebben op drop-out ($p=.036$). Ook leek de totaalscore van MG 12,7% van de verklaarde variantie bij drop-out te voorspellen. De odds-ratio toonde aan dat een stijging van 1 punt voor de score leidde tot een 5% kleinere kans op drop-out.

Er werden geen meervoudige logistische regressie analyses uitgevoerd om de regressie van de gesprekstechnieken van MG, TR en OCV met drop-out te berekenen. Motivatie, weerstand (motiverende gespreksvoering), wederzijds vertrouwen (therapeutische relatie), reflectief luisteren en uitleggen (overige communicatieve vaardigheden) konden vanwege een laag aantal waarnemingen of de constantheid van de gegeven

scores niet worden toegevoegd aan de regressie, waardoor de te onderzoeken modellen van MG, TR en OCV niet als geheel getest konden worden.

Tabel 4. Enkelvoudige logistische regressie analyses met drop-out als afhankelijke variabele.

Onafhankelijke variabele	Sig.	B	Exp(B)	Wald	Nagelkerke R square
Totaalscore MG	.035	-.051	.950	4.428	.127
Totaalscore TR	.635	.013	1.013	.226	.006
Totaalscore OCV	.263	-.045	.956	1.254	.035

Kwaliteit van communicatie en de relatie met succes van behandeling

In tabel 5 zijn de t-tests weergegeven voor de beoordeelde gesprekstechnieken bij succes van behandeling, waarvan werd gesproken als aan de norm voor laag risico drinken werd voldaan (mannen 21 glazen, vrouwen 14 glazen per week).

Er werden geen significante verschillen gevonden op basis van de uitgevoerde analyses. Bijna significante verschillen werden gevonden voor confrontatie ($p=.086$), de totaalscore van MG ($p=.087$) en reactie geven ($p=.082$) waar er een hogere score werd gegeven bij cliënten die de behandeling niet succesvol hadden afgerond. Dit betekent dat de kwaliteit van communicatie voor confrontatie, het totaal van gesprekstechnieken binnen MG en het geven van reactie binnen deze groep beter was dan bij cliënten die de behandeling succesvol hadden afgerond. De kwaliteit voor het bespreken van doelen was bijna significant beter voor cliënten die de behandeling wel succesvol hadden afgerond ($p=.054$). Vanwege een laag aantal waarnemingen of de constantheid van de gegeven scores konden er voor bevestigen, motivatie, weerstand (MG), wederzijds vertrouwen, transparantie (TR), reflectief luisteren en uitleggen (OCV) geen t-tests worden uitgevoerd.

Tabel 5. T-tests voor de gesprekstechnieken van MG, TR en OCV bij succes van behandeling.

	Succesvol afgerond						95% CI for Mean Difference	t	p	df
	Nee (n=9)			Ja (n=16)						
	M	SD	n	M	SD	n				
Motiverende gespreksvoering										
Controle	1.89	0.33	9	1.75	0.45	16	-0.22, 0.49	0.81	.213	23
Confrontatie	2.00	.00	5	1.71	0.49	7	-0.17, 0.74	1.55	.086	6
Totaal MG	97.22	8.33	9	91.406	12.22	16	-2.75, 14.38	1.41	.087	21.94
Therapeutische relatie										
Samenwerking benadrukken	1.33	0.50	9	1.27	0.46	15	-0.35, 0.48	0.33	.371	22
Doelen	0.89	0.33	9	1.13	0.35	15	-0.55, 0.06	-1.68	.054	22
Afspraken	2.00	.	7	1.92	0.29	12	-0.15, 0.32	0.76	.231	17
Totaal TR	75.93	9.72	9	77.60	9.96	16	-10.19, 6.84	-0.41	.344	23
Overige communicatieve vaardigheden										
Totaal TR	75.92	9.72	9	77.60	9.96	16	-10.19, 6.84	-0.41	.344	23
Empathie	1.88	0.35	8	2.00	.	8	-0.42, 0.17	-1.00	.178	7
Reactie geven	2.00	.	9	1.88	0.34	16	-0.06, 0.31	1.46	.082	15
Totaal OCV	98.15	5.56	9	97.40	7.28	16	-5.05, 6.55	0.27	.396	23

Enkelvoudige logistische regressie analyses zijn berekend voor de totaalscores van MG, de TR en OCV (tabel 6). De berekende totaalscores bleken geen significante voorspellers te zijn voor succes van behandeling.

Er werden geen meervoudige logistische regressie analyses uitgevoerd om de regressie van de gesprekstechnieken met succes van behandeling te onderzoeken; bevestigen, motivatie, weerstand (motiverende gespreksvoering), wederzijds vertrouwen, transparantie (therapeutische relatie), reflectief luisteren en uitleggen (overige communicatieve vaardigheden) konden vanwege een laag aantal waarnemingen of de constantheid van de gegeven scores niet toegevoegd aan de regressie, waardoor de modellen niet als geheel onderzocht konden worden.

Tabel 6. Enkelvoudige logistische regressie analyses met succes van behandeling als afhankelijke variabele.

Onafhankelijke variabele	Sig.	B	Exp(B)	Wald	Nagelkerke R square
Totaalscore MG	.228	-.060	.942	1.451	.097
Totaalscore TR	.673	.019	1.019	.178	.010
Totaalscore OCV	.781	-.019	.981	.077	.004

Samenhang totaalscores MG, TR en OCV met de globale eindbeoordeling

Pearson's correlaties zijn berekend tussen de totaalscores van MG, TR, OCV en de globale eindbeoordeling voor de gehele geanalyseerde behandeling. Er bleek een significante correlatie te zijn tussen de totaalscore van MG en de globale eindbeoordeling ($r=.403$, $p=.004$). Eveneens bleek er een significante positieve correlatie tussen de totaalscore van OCV en de globale eindbeoordeling te zijn ($r=.322$, $p=.022$). Er werd geen significante correlatie gevonden tussen de totaalscore van TR en de globale beoordeling ($r=.096$, $p=.508$). Op basis van deze resultaten kan er worden geconcludeerd dat de beoordeling van MG en OCV overeenkomt met de snelle globale eindbeoordeling. Dit geldt ook in beperkte mate voor de TR, waar echter geen significante correlatie werd gevonden.

Discussie

In dit artikel werd een onderzoek beschreven dat als doel had om een beter beeld te krijgen van de kwaliteit van communicatie betreffende MG, TR en OCV en de relatie met en drop-out en succes van behandeling binnen AdB. Kwaliteit van communicatie werd vastgesteld door de uitvoering (competentie) van gespreksvaardigheden te beoordelen. De competentie van de vaardigheden bleek voor MG en OCV goed te zijn, wat voor de TR in mindere mate het geval was. De kwaliteit van communicatie bleek significant beter te zijn bij completers voor de gesprekstechnieken weerstand (MG), empathie (OCV) en de totaalscore van MG. De kwaliteit voor het bevestigen van de cliënt was bijna significant beter voor completers. Ook bleek de totaalscore van MG een voorspeller te zijn voor een lagere kans op drop-out. Bij succesvolle behandelingen werden geen significante verschillen waargenomen, maar was de kwaliteit van communicatie bijna significant

beter voor confrontatie (MG), de totaalscore van MG en het geven van een reactie (OCV) bij cliënten die de behandeling niet succesvol hadden doorlopen. De kwaliteit van communicatie voor het bespreken van doelen (TR) was bijna significant beter bij cliënten die de behandeling wel succesvol hadden doorlopen. De totaalscores van MG en de OCV bleken een significante positieve correlatie te vertonen met de globale eindbeoordeling. Een niet significante, positieve correlatie werd gevonden voor de TR.

De competentie voor de vaardigheden bleek voor MG en OCV overwegend als goed te worden beoordeeld, wat in mindere mate het geval was voor de TR. Een verklaring voor het hoge aantal voldoende beoordelingen bij de vaardigheid TR is dat er tot op heden geen duidelijk overzicht is voor het gebruik van specifieke gesprekstechnieken die een positieve bijdrage leveren aan de TR binnen een online behandeling. Hierdoor is het mogelijk dat de uitvoering van een aantal gesprekstechnieken niet volledig was; uit de resultaten blijkt dan ook dat binnen de TR het uitspreken van wederzijds vertrouwen, het benadrukken van de samenwerking en het bespreken van doelen overwegend als voldoende werden beoordeeld, waardoor dit mogelijk gesprekstechnieken zijn waar minder aandacht aan is besteed binnen de behandeling. Daarentegen is er bijvoorbeeld meer bekend over MG, een vaardigheid die centraal staat binnen AdB en waar veel aandacht aan wordt besteed tijdens trainingen, wat betreft de toepassing van specifieke technieken. Ook de OCV binnen dit onderzoek bestaan uit bekende technieken die veelal worden toegepast binnen behandelingen (o.a. empathie en reflectief luisteren). Hierdoor is het mogelijk dat binnen de behandelingen meer aandacht is gespendeerd aan de gesprekstechnieken van MG en OCV en daardoor beter beoordeeld werden.

In tegenstelling tot wat werd verwacht bleek de kwaliteit van communicatie alleen beter te zijn voor weerstand (MG), empathie (OCV) en de totaalscore van MG bij cliënten die de behandeling volledig hadden doorlopen (completers). Dit kan betekenen dat de kwaliteit van deze gesprekstechnieken mogelijk belangrijk kan zijn om drop-out te verlagen. Dit is in overeenstemming met de onderzoek van Knuuttila, Kuusisto & Saarnio (2011), waarin gevonden werd dat een lage empathie vanuit de hulpverlener ervoor zorgt dat de cliënt voortijdig een behandeling afrond. Ook elders werd besproken dat een lage empathie vanuit de hulpverlener de kans op drop-out vergroot (Moyers & Miller, 2012). Paxling et al. (2013) vonden binnen een online behandeling eveneens een

significante positieve correlatie tussen empathie en de afronding van een module binnen de behandeling. Alhoewel vanuit de literatuur geen directe relatie aanwezig lijkt te zijn tussen MG en drop-out, heeft het gebruik van MG een gunstige invloed op uitkomsten van de behandeling (o.a. Bechak, 2007). Er bestaat daardoor de mogelijkheid dat de gesprekstechnieken van MG ook een rol kunnen spelen bij drop-out.

Er werden geen significante verschillen in kwaliteit van communicatie gevonden voor de TR. Deze bevinding is in tegenspraak met andere onderzoeken over de TR, waaruit bleek dat deze vaardigheid belangrijk was voor drop-out (o.a. Saarnio, 2002). Een oorzaak voor de gevonden resultaten is de manier van beoordeling; in deze studie werd de TR niet achteraf beoordeeld zoals bijvoorbeeld wordt gedaan bij de Working Alliance Inventory (WAI). Onderzoeken (o.a. Ilgen et al., 2006) gebruiken veelal de WAI om de relatie van de TR met verscheidene uitkomstmaten vast te stellen, waarbij (meestal) door zowel de cliënt als de hulpverlener met een 7-punts Likertschaal (nooit tot altijd) op stellingen gereageerd moet worden die bijdragen aan de totstandkoming van de TR. Het is daardoor mogelijk dat de manier van het beoordelen van de TR heeft geleid tot andere uitkomsten zoals gevonden in de tot dusver uitgevoerde onderzoeken. Ook bestaat er de mogelijkheid dat de gesprekstechnieken alleen een bijdrage leveren aan de totstandkoming van de TR, maar geen directe relatie vertonen met drop-out.

Alhoewel er geen significante verschillen in kwaliteit van communicatie werden gevonden bij succesvolle behandelingen, werden er een aantal bijna significante verschillen waargenomen. Interessant is dat de kwaliteit bijna significant beter was voor het confronteren (MG), de totaalscore van MG en het geven van een reactie (OCV) bij cliënten die de behandeling niet succesvol hadden doorlopen. Dit is in tegenstelling tot wat vooraf werd verwacht. Zo lijkt het gebruik van bijvoorbeeld MG juist te leiden tot een lagere alcoholconsumptie (o.a. Beckham, 2007), waardoor verwacht zou worden dat de kwaliteit van deze vaardigheid zou leiden tot succesvollere behandelingen binnen AdB. Een mogelijke oorzaak is dat deze gesprekstechnieken beter werden gebruikt indien een hulpverlener constateerde dat het alcoholgebruik van de cliënt niet binnen de norm van laag risico drinken viel, maar er niet voor kon zorgen dat het alcoholgebruik de norm kon behalen. Er bestaat daardoor dus de mogelijkheid dat deze gesprekstechnieken wel tot een grotere daling in alcoholgebruik hebben geresulteerd in

vergelijking met succesvolle behandelingen, maar niet heeft kunnen leiden tot het behalen van de norm voor laag risico drinken.

Daarnaast is opvallend dat het bespreken van doelen (TR) bijna significant beter was bij cliënten die de behandeling wel succesvol hadden doorlopen. Het bespreken van doelen heeft betrekking op doelen die door de cliënt zijn gesteld wat betreft zijn of haar drinkgedrag, waardoor het wellicht mogelijk is dat dit een gesprekstechniek is die belangrijk kan zijn voor de cliënt om aan de norm van laag risico drinken te voldoen.

Uit dit onderzoek kwam ook naar voren dat de (snelle) globale eindbeoordeling over alle gesprekstechnieken een middel kan zijn om te bepalen of de algehele indruk van de beoordelaar overeenkomt met de objectievere beoordelingen. Alhoewel er alleen een significante positieve correlatie voor MG en OCV met de globale eindbeoordeling aanwezig was, werd er een (kleine) positieve (niet significante) correlatie gevonden voor de TR. Dit betekent dat het gebruik van een subjectieve indruk mogelijk een handig hulpmiddel kan zijn ter controle alvorens er conclusies worden getrokken op basis van de objectievere beoordelingen. Ook biedt deze uitkomst mogelijkheden om te onderzoeken of het geven van een globale beoordeling, eventueel per vaardigheid, een alternatief kan zijn wanneer behandelingen in een kort tijdsbestek beoordeeld moet worden.

Bij de gevonden resultaten binnen deze studie moet er ook rekening gehouden worden met de kenmerken van de cliënt; bepaalde cliënten kunnen meer vertellen tijdens de behandeling, wat ertoe heeft geleid dat behandelaars beter de mogelijkheid hadden om een aantal gesprekstechnieken kwalitatief beter uit te voeren (competentie). Postel et al. (2010) vonden onder andere dat persoonlijke reden (onafhankelijk van het programma) en ontevredenheid met de bereikte resultaten als reden werden gegeven door de cliënten om de behandeling van AdB niet voort te zetten. Ook succes van behandeling kan door de kenmerken van de cliënt beïnvloed worden. Onderzoek toonde bijvoorbeeld aan dat er onder succesvolle en onsuccesvolle cliënten met een alcoholprobleem cognitieve verschillen aantoonbaar waren (Cox, Hogan, Kristian en Race, 2002); aan de hand van het Stroop-paradigma bleek dat cliënten die hun behandeling onsuccesvol hadden afgerond langzamer reageerden op stimuli behorend bij alcohol vergeleken met

succesvolle cliënten. Dit suggereert dat de onsuccesvolle cliënten een cognitieve bias hadden.

Ook de adherentie kan een belangrijke rol hebben gespeeld op de uitkomsten binnen deze studie. Onderzoek (Karno & Longabaugh, 2005) toonde bijvoorbeeld aan dat de manier van communicatie kon zorgen voor een verhoging van het alcoholgebruik; zij vonden dat directe communicatie, zoals confrontatie, leidde tot een verhoging het drankgebruik bij cliënten die de karaktereigenschap hadden om de controle niet uit handen te willen geven. Minder directe communicatie leidde tot het tegenovergestelde effect. Ook uit ander onderzoek bleek dat de mate van adherentie belangrijk kan zijn voor de uitkomsten van een behandeling (Barber et al., 2006).

Een grote kracht van dit onderzoek is dat het ertoe heeft geleid dat er eerste stappen zijn gezet in het kwalitatief in kaart brengen van de kwaliteit van communicatie. Aan de hand van een overzichtelijk scoreformulier en handleiding kunnen beoordelaars gesprekstechnieken herkennen en beoordelen. Een andere sterkte van deze studie is dat er overzichtelijk gezien kan worden welke gesprekstechnieken werden gebruikt en wat de competentie betreffende deze technieken was. Hierdoor kunnen hulpverleners snel hun eigen en de behandelingen van anderen beoordelen en hierop reflecteren. Daarnaast heeft deze studie aangetoond dat er verschil in kwaliteit van communicatie aanwezig was voor drop-outs en succesvolle behandelingen betreffende een aantal gesprekstechnieken. De uitkomsten van deze studie kunnen ertoe leiden dat communicatie optimaler wordt ingezet.

Limitaties

Een eerste beperking binnen deze studie was dat een aantal gesprekstechnieken weinig werden waargenomen, waardoor het effect van de gesprekstechnieken van MG, TR en OCV niet volledig in kaart kon worden gebracht. Hierdoor is het onduidelijk wat de mogelijke invloed was geweest van een aantal gesprekstechnieken. Ook door de afwezigheid van een tweede of derde begeleider kunnen de resultaten mogelijk niet betrouwbaar zijn. Alhoewel de richtlijnen voor het geven van beoordelingen werden

aangepast op basis van discussie over een aantal (proef)dossiers, is het onduidelijk wat de overeenstemming zou zijn geweest over de 50 geanalyseerde behandelingen.

Ten tweede heeft deze studie de competentie van de gesprekstechnieken kunnen beoordelen, maar de adherentie niet. Om de kwaliteit van communicatie voor een groter deel in kaart te brengen is dit echter mogelijk een belangrijk aspect, aangezien AdB bepaalde protocollen heeft die gevolgd moeten worden om de behandeling te implementeren zoals bedoeld. Mogelijk zijn protocollen wat betreft het gebruik van gesprekstechnieken niet gevolgd binnen een behandeling, wat vervolgens een indirecte invloed kan hebben op de uitkomsten die hier gevonden zijn.

Ten derde probeerde het nieuwe scoreformulier de rol van subjectiviteit zoveel mogelijk te beperken door richtlijnen te geven voor de beoordeling van gesprekstechnieken. Echter blijft het geven van een score enigszins afhankelijk van de algehele indruk die de beoordelaar van de gebruikte gesprekstechnieken heeft, waardoor subjectiviteit een rol kan spelen. Ook kon de beoordelaar bij het openen van een dossier binnen AdB zien wie tijdens de behandeling is uitgevallen, waardoor er de mogelijkheid is dat de kwaliteit van communicatie (onbewust) beter werd bevonden bij completers. Dit is in lijn met de experimenter expectancy bias (Rosenthal, 1968), waarin de verwachtingen van de onderzoeker invloed kunnen hebben op de resultaten.

Daarnaast werd in deze studie niet gecontroleerd voor confounding variabelen, waardoor het onduidelijk is wat het effect was van onder andere de eigenschappen van de cliënt op de gevonden uitkomsten.

Tot slot is het de vraag of de vaardigheden compleet in kaart zijn gebracht aan de hand van de beoordeelde gesprekstechnieken. Bij het scoreformulier is er bijvoorbeeld wat voor te zeggen om bij de vaardigheid MG de gesprekstechniek "empathie" (OCV) toe te voegen, aangezien dit ook een techniek kan zijn die bij deze vaardigheid kan worden ondergebracht (Miller & Rose, 2009). Dit had geleid tot een andere totaalscore van MG, waardoor er wellicht een ander effect werd gevonden. Ook het weglaten van een aantal gesprekstechnieken uit de LAYD-ACS (2013) kan ervoor hebben gezorgd dat de vaardigheden niet op alle onderdelen zijn beoordeeld. Daarnaast beperkte de analyse

zich tot 2 fasen binnen de behandeling, waardoor het mogelijk is dat de kwaliteit van communicatie buiten de geanalyseerde fasen een grote rol kan hebben gespeeld op de onderzochte uitkomsten van de behandeling.

Alhoewel er een aantal limitaties binnen deze studie waren was tot kort de kwaliteit van communicatie in online behandelingen weinig onderzocht. De uitkomsten en limitaties van dit onderzoek kunnen leiden tot nieuwe perspectieven om communicatie binnen online behandelingen vast te stellen. Op basis van dit en het onderzoek van Roskam (2013) is er een basis gelegd waarmee de behandelaars en trainers van AdB kunnen werken aan een nog betere kwaliteit van de algehele behandeling.

Aanbevelingen

Vervolgonderzoek is nodig om de kwaliteit en betrouwbaarheid van het scoreformulier vast te stellen. Een beperking binnen deze studie was dat er te weinig waarnemingen waren voor bepaalde gesprekstechnieken, waardoor de rol van deze technieken onderbelicht is gebleven. Om de rol van deze technieken in de toekomst te onderzoeken is het daardoor nodig dat het scoreformulier op een groter aantal dossiers wordt toegepast. Ook zullen meer fasen binnen de behandeling geanalyseerd moeten worden om de relatie met verschillende uitkomstmaten beter in kaart te brengen.

Het is daarnaast wenselijk dat een tweede en/of derde beoordelaar de dossiers analyseert, waardoor er met grotere zekerheid vastgesteld kan worden of de consistentie voor de manier van beoordeling hetzelfde is. Ook zullen toekomstige beoordelaars ervoor moeten zorgen dat zij pas na het onderzoek weten welke cliënten zijn uitgevallen en de behandeling succesvol hebben doorlopen. Dit waarborgt een betere betrouwbaarheid van de gevonden resultaten.

Daarnaast zal onderzocht moeten worden of meer gesprekstechnieken uit de LAYD-ACS (Roskam, 2013) beoordeeld moeten worden, aangezien er een kans bestaat dat de vaardigheden binnen het ontwikkelde scoreformulier hierdoor niet volledig op kwaliteit beoordeeld kunnen worden.

Tot slot zal de rol van subjectiviteit bij het geven van globale scores verder beperkt moeten worden. Een oplossing is om de frequentie van onvoldoende, voldoende of goede toepassingen bij te houden per verzonden bericht van de behandelaar, zodat de beoordelaar een overzicht krijgt waar een score op bepaald kan worden. Een andere mogelijkheid is om per bericht een score te geven voor aanwezige gesprekstechnieken, om vervolgens een gemiddelde te berekenen. Dit kan ertoe leiden dat subjectiviteit een kleinere rol speelt op de te geven score. Onderzoek zal moeten aantonen wat de meest objectieve manier is.

Aanbevelingen Tactus Verslavingszorg

Het scoreformulier biedt behandelaars en trainers de mogelijkheid om onderzoek te doen naar de kwaliteit van communicatie en de relatie met verscheidene uitkomstmaten. Aangeraden wordt om trainers en behandelaars kritisch te laten kijken naar de toepasbaarheid van het scoreformulier. Hierbij moet met name gekeken worden of er elementen toegevoegd, verwijderd of aangepast moeten worden die ten goede komen aan het kwalitatief in kaart brengen van communicatie. Ook zal bekeken moeten worden of eventuele gesprekstechnieken uit de LAYD-ACS (Roskam, 2013) die niet zijn gebruikt in het scoreformulier alsnog moeten worden toegevoegd.

Uit dit onderzoek kwam naar voren wat de kwaliteit van de vaardigheden en de bijbehorende gesprekstechnieken binnen de geanalyseerde dossiers was. Op basis van deze resultaten kan er bij trainingen en toekomstige behandelingen meer nadruk gelegd worden op de uitvoering (competentie) van gesprekstechnieken waar verbetering in gevonden kan worden. Als voorbeeld kunnen de gesprekstechnieken die de samenwerking benadrukken en de doelen bespreken worden aangehaald, die in grote aantallen als voldoende werden beoordeeld. Verbetering kan in dit geval bereikt worden door trainingen te richten op voorbeelden van goede uitvoeringen, waarbij richtlijnen gegeven moeten worden die hulpverleners kunnen gebruiken in specifieke situaties.

Daarnaast toonde deze studie aan dat weerstand, empathie en (de totaalscore van) MG kwalitatief beter werden toegepast bij completers. Er bestaat hierbij de mogelijkheid dat deze gesprekstechnieken een belangrijke rol kunnen spelen bij de kans dat de cliënt de

behandeling volledig zal doorlopen. Het is hierdoor de moeite waard om te onderzoeken of drop-outs communicatief anders benaderd moeten worden wanneer de hulpverlener de indruk krijgt dat de cliënt de behandeling stop wil zetten. Het kwalitatief goed toepassen van de juiste gesprekstechnieken op het juiste moment kan daardoor een belangrijke rol spelen.

Een van de beperkingen betreffende deze studie was de afwezigheid van de mogelijkheid om te beoordelen in hoeverre de gesprekstechnieken op een gepast moment zijn toegepast (adherentie). Trainers en behandelaars zullen daarom aan de hand van het scoreformulier moeten bepalen in hoeverre het (niet) gebruiken van bepaalde gesprekstechnieken een juiste keuze was met betrekking tot de richtlijnen binnen de behandeling. Deze richtlijnen zullen verwerkt moeten worden in het scoreformulier, zodat de adherentie van de technieken in kaart kan worden gebracht.

Uit deze studie kwam naar voren dat het tijdrovend kan zijn om gehele behandelingen te beoordelen op kwaliteit van communicatie. Desalniettemin kan het zinvol zijn om belangrijke fases binnen een behandeling met enige regelmaat op kwaliteit van communicatie te beoordelen; er zal op basis van onderzoek en ervaring vastgesteld moeten worden welke fases cruciaal zijn voor het verloop en de uitkomsten van de behandeling, waarbij het met enige regelmaat beoordelen van deze fases ertoe kan leiden dat trainingen zich kunnen richten op gesprekstechnieken die minder goed worden uitgevoerd.

Conclusie

Dit is een van de eerste studies die de kwaliteit van communicatie binnen een online behandeling heeft vastgesteld. Op basis van deze uitkomsten is meer inzicht verkregen over de kwaliteit van communicatie binnen een online behandeling en kunnen behandelaars beter getraind worden met betrekking tot de uitvoering van gesprekstechnieken. Ook is het verschil in kwaliteit van communicatie voor drop-outs en succesvolle behandelingen onderzocht, wat belangrijk kan zijn voor de benadering van toekomstige behandelingen. Vanwege de schaarsheid aan onderzoek binnen dit thema is vervolgonderzoek nodig om de rol van de kwaliteit van communicatie beter in

kaart te brengen. De gevonden limitaties binnen deze studie kunnen ervoor zorgen dat vervolgonderzoek leidt tot betrouwbaardere resultaten. Onderzoek binnen dit thema is aan te raden: communicatie is een belangrijke middel binnen web-based treatments, waardoor dit type onderzoek ervoor kan zorgen dat er meer inzicht verkregen wordt over het belang van een goede uitvoering van communicatie op verscheidene uitkomsten van een online behandeling.

Literatuur

Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38*(2), 171-185.

Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2/4), 109-160.

Barber, J.P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M.E., Weiss, R.D., & Gibbons, M.B.C. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the national institute drug abuse collaborative cocaine treatment study. *Psychotherapy Research, 16*(2), 229-240.

Beckham, N. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19*, 103-110.

BijzijnXL (2012). Motiverende gespreksvoering: een introductie, *5*(5), 24-27. Doi: 10.1007/s12632-012-0076-9

Blankers, M., Koeter, M.W.J., & Schippers, G.M. (2011). Internet Therapy Versus Internet Self-Help Versus No Treatment for Problematic Alcohol Use: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 330-341.

Brown, J.M., & Miller, W.R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 7*(4), 211-218.

Connors, G.J., Walitzer, K.S., & Dermen, K.H. (2002). Preparing Clients for Alcoholism Treatment: Effects on Treatment Participation and Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1161-1169.

Cournoyer, L.G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction, 102*, 1960-1970.

Cox, W.M., Hogan, L.M., Kristian, M.R. & Race, J.H. (2002). Alcohol attentional bias as a predictor of alcohol abusers' treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence, 68*, 237-243.

Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors, 18*, 347-353.

- De Niet, G. (2009). De professionalisering van online therapie. *Psychopraxis*, 11(2), 71-75.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research; Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.
- Fuertes, J.N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L. Gilbert, T.C., Fontan, G., & Boylan, L.S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling*, 66, 29-36.
- Haynes, R.B., Sackett, D.L., Guyatt, G.H., & Tugwell, P. (2006). *Clinical epidemiology: how to do clinical practice research*. United States: Lippincott Williams & Wilkins.
- Houwers, J.H.J.J.M., Vervoort, G.H.M., Rossem, C. & Kotz, D. (2013). Measuring the quality of smoking cessation counseling of practice nurses in the Dutch primary health care setting: development, validation and reliability testing of the smoking cessation counseling index (SMOCCI). *Research report, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University*.
- Ilgen, M.A., McKellar, J., Moos, R., & Finney, J. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 157-162.
- Karno, M.P., & Longabaugh, R. (2005). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 262-267.
- Knuuttila, V., Kuussisto, K., & Saarnio, P. (2011). Client characteristics and therapist style: a combined analysis of impact on retention and effectiveness in outpatient substance abuse treatment. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 28, 321-338.
- Kramer, J., Riper, H., Lemmers, L., Conijn, B., Van Straten, A., & Smit, F. (2009). Television-supported self-help for problem drinkers: A randomized pragmatic trial. *Addictive Behaviors*, 34, 451-457.
- Manso, A., & Rauktis, M.E. (2011). What is the therapeutic alliance and why does it matter? *Reclaiming Children and Youth*, 19(4), 45-50.
- Meier, P.S., Donmall, M.C., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R.F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 57-64.
- Miller, W.R., & Rose, G.S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527-537.

- Moyers, T.B., & Miller, W.R. (2012). Is low empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*. Advance online publication. Doi: 10.1037/a0030274
- Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 280-289.
- Postel, M.G., De Haan, H.A., Ter Huurne, E.D., Becker, E.S., De Jong, C.A.J. (2011). Characteristics of Problem drinkers in E-therapy versus Face-to-Face Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(6), 537-542.
- Postel, M.G., Ter Huurne, E.D., De Haan, H.A., & De Jong. (2009). Alcoholdebaas.nl. Drie jaar online hulpverlening voor probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 357-372.
- Postel, M.G., De Haan, H.A., Ter Huurne, E.D., Van Der Palen, J., Becker, E.S., & de Jong, C.A.J (2011). Attrition in web-based treatment for problem drinkers. *Journal of medical internet research*, 13(4): e117.
- Postel, M. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & de Jong, C. A. J. (2010). Effectiveness of a Web-based Intervention for Problem Drinkers and Reasons for Dropout: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4), 8-8.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2007). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103, 218-227.
- Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conijn, B., Kramer, J., Martin-Abello, K., & Smit, F. (2011). Effectiveness of E-Self-help Interventions for Curbing Adult Problem Drinking; A Meta-Analysis. *J Med Internet Res*, 13(2): e42.
- Rochlen, A.B., Zack, J.S. & Speyer, C. (2004). Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269-283.
- Rosenthal, R. (1968). Experimenter expectancy and the reassuring nature of the null hypothesis decision procedure. *Psychological Bulletin*, 70(6), 30-47.
- Roskam, R.V. (2013). Cross your T's and dot your I's: An explorative study for therapist treatment fidelity in an asynchronous web-based treatment. *Master dissertation. June 2013, University of Twente, Enschede*
- Saarnio, P. (2002). Factors associated with dropping out from outpatient treatment of alcohol-other drug abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20(2), 17-33.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M.G. & Angermeyer, M.C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112.

Shaw, B.F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T.M., Dobson, K.S., Lowery, A., Sotsky, S.M., & Watkins, J.T. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 837-846.

Strunk, D.R., Brotman, M.A., DeRubeis, R.J., & Hollon, S.D. (2010). Therapist Competence in Cognitive Therapy for Depression: Predicting Subsequent symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 429-437.

Vasilaki, E.I., Hosier, S.G., & Cox, W.M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism, 41*(3), 328-335.

Veenvliet (2013). De voorspellers van therapietrouw en behandelingsucces bij de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl. *Bachelorthesis. January 2013, University of Twente, Enschede.*

Young, K.S. (2005). An Empirical Examination of Clients Attitudes Towards Online Counseling. *CyberPsychology & Behavior, 8*(2), 172-177.

Bijlagen

Bijlage 1: totstandkoming scoreformulier

Doel

Er werd een vooronderzoek uitgevoerd dat als doel had om de frequentie van waargenomen gesprekstechnieken binnen Alcoholdebaas.nl (AdB) vast te stellen aan de hand van de look at your drinking-adherence and competence scale (LAYD-ACS) (Roskam, 2013). Er werden 8 volledige behandelingen binnen AdB behandeld; 3 dossiers werden geanalyseerd door Ronald Roskam (RR) en Tim Ziel (TZ). Vervolgens werden deze analyses besproken tot er consensus werd bereikt. De overige 5 dossiers werden alleen door TZ geanalyseerd. Op basis van de resultaten van de uitgevoerde analyses werd een scoreformulier ontworpen dat relevante en frequent gebruikte gesprekstechnieken bevatte.

Methode

Steekproef

In het vooronderzoek werd er gebruik gemaakt van purposive sampling. Er werd rekening gehouden met de verschillende opleidingsniveaus, het geslacht en of de cliënt de volledige behandeling heeft afgerond, zodat de waargenomen gesprekstechnieken een betere representatie waren van verschillende typen cliënten. In totaal zijn er acht (N=8) dossiers geanalyseerd van 8 verschillende behandelaars. De gemiddelde leeftijd was 41 jaar. Van de 8 dossiers waren er 4 man en 4 vrouw. De helft van de cliënten was hoger opgeleid (HBO of WO) en het grootste gedeelte bestond uit cliënten met een fulltime baan (62,5%).

De LAYD-ACS

Roskam (2013) heeft in zijn artikel beschreven hoe de communicatie van behandelaars binnen AdB op kwaliteit beoordeeld kunnen worden. Deze kwaliteitsmeting uit zich in het beoordelen van de gebruikte gesprekstechnieken van de behandelaars. Voor dit

instrument zijn vaardigheden als de therapeutische relatie, motiverende gespreksvoering, het geven van informatie, andere technieken (o.a. openheid van de hulpverlener) en de wijze van vragen belangrijke aspecten die de kwaliteit van de therapeut kan weerspiegelen. Elk van deze vaardigheden bestaan uit gesprekstechnieken die beoordeeld moeten worden binnen een behandeling.

Aan de hand van dit instrument moet een (volledig) dossier geanalyseerd worden vanuit het perspectief van de cliënt, waarbij de berichtgeving van de cliënt gelezen moet worden voor de context. Voor de analyse van de berichtgeving moet er per zin worden beoordeeld welke gesprekstechniek er gebruikt wordt. Om aan te geven of de techniek in de ogen van de beoordelaar goed of slecht is toegepast wordt er gebruik gemaakt van een '+' of '-', waar de '+' staat voor een goede en de '-' voor een onvoldoende toepassing. In het instrument zijn definities en voorbeelden opgenomen, zodat de beoordelaar richtlijnen heeft bij de beoordeling van een gesprekstechniek (Roskam, 2013).

Gebruikte software

Atlas TI is gebruikt voor het coderen van de berichtgeving. Met het softwareprogramma kon er kwalitatief onderzoek worden uitgevoerd, daar het de mogelijkheid bood om geselecteerde delen van tekstbestanden te coderen met waargenomen gesprekstechnieken binnen de berichtgeving van AdB. Aan de hand van deze coderingen werd er output gegenereerd, waar de frequentie van gesprekstechnieken (goed en/of slecht) weergegeven werd.

Resultaten

Verskil gebruikte gesprekstechnieken over de analyses

In tabel 1 en 2 staan de eerste 3 analyses waarover consensus is bereikt door RR en TZ. In de tabellen ernaast zijn de overige (4,5,6,7 en 8) analyses die zijn uitgevoerd door TZ weergegeven. De percentages geven aan wat het aandeel van een desbetreffende gesprekstechniek is ten opzichte van het totaal aantal waargenomen gesprekstechnieken. Tussen de analyses waarover consensus is bereikt en over de

analyses die door TZ zijn geanalyseerd zitten kleine verschillen betreffende het aandeel van een gesprekstechniek ten opzichte van het totaal; tussen TTV- (+/- 10%) en GV+ (+/-7%) zitten de grootste verschillen.

Tabel 1a en 1b. Overzicht van de gevonden onvoldoende toepassingen van gesprekstechnieken, onderverdeeld in de dossiers waarover consensus werd bereikt (tabel 1a) en afzonderlijk werden geanalyseerd (tabel 1b). Afgebeeld met frequentie en percentage ten opzichte van het totaal aantal foutieve waargenomen gesprekstechnieken.

Tabel 1a.

Gesprekstechniek	Code	Minus			Totaal	
		1	2	3		
*Afspraken maken	AAA-	1	0	0	1	0,28%
*Bespreken doelen	ADO-	6	4	2	12	3,39%
*Samenwerking benadrukken	ASB-	2	0	1	3	0,85%
*Transparantie	ATR-	1	1	0	2	0,56%
*Wederzijds vertrouwen	AWV-	0	0	0	0	0,00%
*Deadline flexibiliteit	DF-	0	0	0	0	0,00%
*Empathie	EMP-	6	10	6	22	6,21%
*Gesloten vraag	GV-	4	16	11	31	8,76%
*Haalbaarheid en realisme	HRB-	1	1	1	3	0,85%
*Feedback op testresultaten en vragenlijsten	IFT-	10	13	12	35	9,89%
*Feedback op extern verkregen informatie	IPF-	0	2	0	2	0,56%
*Interesse tonen	IT-	1	0	0	1	0,28%
*Uitleggen ideeën en concepten	IUC-	1	0	2	3	0,85%
*Openheid hulpverlener	OH-	0	0	0	0	0,00%
*Overige informatievoorziening	OIV-	1	1	2	4	1,13%
*Open vraag	OV-	1	1	0	2	0,56%
*Reflectief luisteren	RL-	0	1	2	3	0,85%
*Controle deelnemer benadrukken	TAU-	6	8	11	25	7,06%
*Bevestigen/ondersteunen	TBO-	18	14	17	49	13,84%
*Confrontatie	TCC-	0	2	0	2	0,56%
*Bespreken motivatie	TMO-	0	0	3	3	0,85%
*Samenvatten	TSV-	1	1	0	2	0,56%
*Toestemming en vrijblijvendheid	TTV-	39	51	50	140	39,55%
*Uitlokken	TUI-	0	0	0	0	0,00%
*Weerstand	TWS-	0	9	0	9	2,54%
	Totaal codes	99	135	120	354	100,00%

Tabel 1b.

Gesprekstechniek	Code	Minus					Totaal	
		4	5	6	7	8		
*Afspraken maken	AAA-	0	0	1	0	0	1	0,32%
*Bespreken doelen	ADO-	1	1	1	1	1	5	1,60%
*Samenwerking benadrukken	ASB-	1	1	1	1	1	5	1,60%
*Transparantie	ATR-	2	0	1	2	1	6	1,92%
*Wederzijds vertrouwen	AWV-	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Deadline flexibiliteit	DF-	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Empathie	EMP-	3	5	4	4	4	20	6,39%
*Gesloten vraag	GV-	4	0	0	3	2	9	2,88%
*Haalbaarheid en realisme	HRB-	2	0	1	0	1	4	1,28%
*Feedback op testresultaten en vragenlijsten	IFT-	9	6	3	3	5	26	8,31%
*Feedback op extern verkregen informatie	IPF-	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Interesse tonen	IT-	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Uitleggen ideeën en concepten	IUC-	1	1	0	1	1	4	1,28%
*Openheid hulpverlener	OH-	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Overige informatievoorziening	OIV-	1	1	1	1	2	6	1,92%
*Open vraag	OV-	4	2	0	1	0	7	2,24%
*Reflectief luisteren	RL-	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Controle deelnemer benadrukken	TAU-	3	5	3	5	5	21	6,71%
*Bevestigen/ondersteunen	TBO-	9	7	6	7	7	36	11,50%
*Confrontatie	TCC-	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Bespreken motivatie	TMO-	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Samenvatten	TSV-	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Toestemming en vrijblijvendheid	TTV-	45	23	31	29	28	156	49,84%
*Uitlokken	TUI-	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Weerstand	TWS-	0	4	0	1	2	7	2,24%
Totaal codes		85	56	53	59	60	313	100,00%

Tabel 2a en 2b. Overzicht van de gevonden goede toepassingen van gesprekstechnieken, onderverdeeld in de dossiers waarover consensus werd bereikt (tabel 2a) en afzonderlijk werden geanalyseerd (2b). Afgebeeld met frequentie en percentage ten opzichte van het totaal aantal goede waargenomen gesprekstechnieken.

Tabel 2a.

Gesprekstechniek	Code	Plus			Totaal	
		1	2	3		
*Afspraken maken	AAA+	35	31	21	87	4,83%
*Bespreken doelen	ADO+	4	3	5	12	0,67%
*Samenwerking benadrukken	ASB+	11	15	14	40	2,22%
*Transparantie	ATR+	40	83	73	196	10,89%
*Wederzijds vertrouwen	AWV+	3	4	2	9	0,50%
*Deadline flexibiliteit	DF+	0	1	2	3	0,17%
*Empathie	EMP+	3	0	17	20	1,11%
*Gesloten vraag	GV+	41	63	79	183	10,17%
*Haalbaarheid en realisme	HRB+	13	12	18	43	2,39%
*Feedback op testresultaten en vragenlijsten	IFT+	49	43	61	153	8,50%
*Feedback op extern verkregen informatie	IPF+	0	2	0	2	0,11%
*Interesse tonen	IT+	13	14	4	31	1,72%
*Uitleggen ideeën en concepten	IUC+	30	37	50	117	6,50%
*Openheid hulpverlener	OH+	0	0	0	0	0,00%
*Overige informatievoorziening	OIV+	37	29	38	104	5,78%
*Open vraag	OV+	22	52	42	116	6,44%
*Reflectief luisteren	RL+	1	2	32	35	1,94%
*Controle deelnemer benadrukken	TAU+	23	20	13	56	3,11%
*Bevestigen/ondersteunen	TBO+	82	114	143	339	18,83%
*Confrontatie	TCC+	0	3	7	10	0,56%
*Bespreken motivatie	TMO+	0	3	3	6	0,33%
*Samenvatten	TSV+	3	3	6	12	0,67%
*Toestemming en vrijblijvendheid	TTV+	49	88	89	226	12,56%
*Uitlokken	TUI+	0	0	0	0	0,00%
*Weerstand	TWS+	0	0	0	0	0,00%
	Totaal codes	459	622	719	1800	100,00%

Tabel 2b.

Gesprekstechniek	Code	Plus					Totaal	
		4	5	6	7	8		
*Afspraken maken	AAA+	34	21	23	28	20	126	4,47%
*Bespreken doelen	ADO+	9	4	13	10	4	40	1,42%
*Samenwerking benadrukken	ASB+	9	7	13	16	12	57	2,02%
*Transparantie	ATR+	44	30	36	32	29	171	6,07%
*Wederzijds vertrouwen	AWV+	2	3	3	2	4	14	0,50%
*Deadline flexibiliteit	DF+	0	2	0	0	1	3	0,11%
*Empathie	EMP+	2	2	1	6	0	11	0,39%
*Gesloten vraag	GV+	155	49	81	123	83	491	17,44%
*Haalbaarheid en realisme	HRB+	17	10	10	17	16	70	2,49%
*Feedback op testresultaten en vragenlijsten	IFT+	83	42	76	91	54	346	12,29%
*Feedback op extern verkregen informatie	IPF+	1	0	0	0	0	1	0,04%
*Interesse tonen	IT+	6	6	0	0	0	12	0,43%
*Uitleggen ideeën en concepten	IUC+	35	26	34	40	40	175	6,21%
*Openheid hulpverlener	OH+	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Overige informatievoorziening	OIV+	57	24	32	44	37	194	6,89%
*Open vraag	OV+	70	18	53	56	37	234	8,31%
*Reflectief luisteren	RL+	9	1	0	3	2	15	0,53%
*Controle deelnemer benadrukken	TAU+	17	14	16	15	23	85	3,02%
*Bevestigen/ondersteunen	TBO+	122	56	82	100	78	438	15,55%
*Confrontatie	TCC+	3	0	1	1	2	7	0,25%
*Bespreken motivatie	TMO+	0	0	1	0	0	1	0,04%
*Samenvatten	TSV+	5	1	3	4	2	15	0,53%
*Toestemming en vrijblijvendheid	TTV+	102	44	56	67	41	310	11,01%
*Uitlokken	TUI+	0	0	0	0	0	0	0,00%
*Weerstand	TWS+	0	0	0	0	0	0	0,00%
Totaal codes		782	360	534	655	485	2816	100,00%

Totaal aan waargenomen gesprekstechnieken

Het totaal aantal waarnemingen van de gespreksvaardigheden binnen de 8 dossiers zijn verwerkt in tabel 3. Bevestigen/ondersteunen (TBO) van de cliënt is het meest waargenomen, gevolgd door gesloten vragen (GV), toestemming/vrijblijvendheid (TTV), het geven van feedback/reactie (IFT), transparantie (ATR), open vragen (OV), het geven van informatie (OIV), het uitleggen van de behandeling (IUC), afspraken maken (AAA), controle van de deelnemer (TAU), haalbaarheid/realisme (HRB) en samenwerking benadrukken (ASB). De overige gespreksvaardigheden zijn minder waargenomen: de frequentie ligt tussen de 0 en 100.

Openheid van de hulpverlener (OH) en uitlokken (TUI) zijn niet voorgekomen binnen de geanalyseerde dossiers. Feedback verkregen via een externe bron (IPF) is het minst waargenomen, gevolgd door deadline flexibiliteit (DF), het bespreken van motivatie (TMO), weerstand (TWS), confrontatie (TCC), wederzijds vertrouwen (AWV) en samenvatten (TSV). Bij wederzijds vertrouwen is er geen foutieve en bij weerstand is er geen goede toepassing waargenomen. Gesloten- en open vragen, afspraken maken, samenwerking benadrukken, haalbaarheid/realisme, interesse tonen, overige informatievoorziening, reflectief luisteren en bevestigen/ondersteunen werden overwegend beoordeeld als een goed uitgevoerde gesprekstechniek.

Tabel 3. Totaal aantal waargenomen onvoldoende (-) en goede (+) toepassingen van gesprekstechnieken over 8 volledige behandelingen.

Dossier		1	2	3	4	5	6	7	8	Totaal
Gespreksvaardigheden	Code									
Afspraken maken	AAA-	1	0	0	0	0	1	0	0	2
	AAA+	35	31	21	34	21	23	28	20	213
Bespreken doelen	ADO-	6	4	2	1	1	1	1	1	17
	ADO+	4	3	5	9	4	13	10	4	52
Samenwerking benadrukken	ASB-	2	0	1	1	1	1	1	1	8
	ASB+	11	15	14	9	7	13	16	12	97
Transparantie	ATR-	1	1	0	2	0	1	2	1	8
	ATR+	40	83	73	44	30	36	32	29	367
Wederzijds vertrouwen	AWV-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AWV+	3	4	2	2	3	3	2	4	23
Deadline flexibiliteit	DF-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DF+	0	1	2	0	2	0	0	1	6
Empathie	EMP-	6	10	6	3	5	4	4	4	42
	EMP+	3	0	17	2	2	1	6	0	31
Gesloten vraag	GV-	4	16	11	4	0	0	3	2	40
	GV+	41	63	79	155	49	81	123	83	674
Haalbaarheid/realisme	HRB-	1	1	1	2	0	1	0	1	7
	HRB+	13	12	18	17	10	10	17	16	113
Feedback op testresultaten/vragenlijsten	IFT-	10	13	12	9	6	3	3	5	61
	IFT+	49	43	61	83	42	76	91	54	499
Feedback op extern verkregen informatie	IPF-	0	2	0	0	0	0	0	0	2
	IPF+	0	2	0	1	0	0	0	0	3
Interesse tonen	IT-	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	IT+	13	14	4	6	6	0	0	0	43
Uitleggen ideeën en concepten	IUC-	1	0	2	1	1	0	1	1	7
	IUC+	30	37	50	35	26	34	40	40	292
Openheid hulpverlener	OH-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	OH+	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Overige informatievoorziening	OIV-	1	1	2	1	1	1	1	2	10
	OIV+	37	29	38	57	24	32	44	37	298
Open vraag	OV-	1	1	0	4	2	0	1	0	9
	OV+	22	52	42	70	18	53	56	37	350
Reflectief luisteren	RL-	0	1	2	0	0	0	0	0	3
	RL+	1	2	32	9	1	0	3	2	50
Controle deelnemer benadrukken	TAU-	6	8	11	3	5	3	5	5	46
	TAU+	23	20	13	17	14	16	15	23	141
Bevestigen/ondersteunen	TBO-	18	14	17	9	7	6	7	7	85
	TBO+	82	114	143	122	56	82	100	78	777
Confronteren	TCC-	0	2	0	0	0	0	0	0	2
	TCC+	0	3	7	3	0	1	1	2	17
Bespreken motivatie	TMO-	0	0	3	0	0	0	0	0	3
	TMO+	0	3	3	0	0	1	0	0	7
Samenvatten	TSV-	1	1	0	0	0	0	0	0	2
	TSV+	3	3	6	5	1	3	4	2	27
Toestemming/vrijblijvendheid	TTV-	39	51	50	45	23	31	29	28	296
	TTV+	49	88	89	102	44	56	67	41	536
Uitlokken	TUI-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TUI+	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Weerstand	TWS-	0	9	0	0	4	0	1	2	16
	TWS+	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Keuze gesprekstechnieken voor het scoreformulier

Op basis van de uitkomsten van de analyses werden bepaalde technieken uit de LAYD-ACS weggelaten in het scoreformulier. Er zal een beschrijving worden gegeven van de gesprekstechnieken die wel en niet werden beoordeeld in het scoreformulier.

Therapeutische relatie en motiverende gespreksvoering

Alhoewel de frequentie van bepaalde technieken bij de therapeutische relatie soms laag was, was ervoor gekozen om alle technieken te verwerken in het scoreformulier. De therapeutische relatie is een techniek die als geheel gezien moet worden, waardoor het schrappen van onderdelen ten koste kan gaan van het in kaart brengen van deze relatie. Alhoewel ditzelfde geldt voor motiverende gespreksvoering was ervoor gekozen om twee elementen te schrappen: het geven van een samenvatting (TSV) en uitlokken (TUI). Het geven van een samenvatting wordt binnen AdB op een vast moment binnen de behandeling uitgevoerd, waardoor beoordelingen binnen de fases "situaties analyseren" en "alcoholschrift bijhouden" weinig tot nooit voorkomt. Het geven van een samenvatting werd daarnaast in elk van de 8 dossiers bijna altijd goed beoordeeld. Het uitlokken (TUI) werd niet herkend binnen de 8 dossiers.

Informatie geven

In de LAYD-ACS worden meerdere technieken gebruikt voor het beoordelen van informatie en feedback. Voor de overzichtelijkheid is er voor gekozen om de beoordeling van alle vormen van feedback te beperken tot één techniek: de inhoudelijke reactie op testresultaten, vragenlijsten, opdrachten of het alcoholschrift (IFT). Ook werd er een techniek meegenomen in het scoreformulier die zich richt op het helder uitleggen van opdrachten en vragenlijsten die bij AdB horen (IUC). Dit betekende dat het geven van overige informatie (OIV) en het geven van feedback of informatie die verkregen via een andere bron (IPF) werden weggelaten. Voor het eerste werd gekozen omdat de overige informatievoorziening (vooral) betrekking had op de psychoeducatie, die voor een groot deel hetzelfde was voor elke cliënt. Eveneens werd deze techniek overwegend goed beoordeeld. Het geven van feedback en informatie die is verkregen via een andere bron

(IPF) kwam niet tot nauwelijks voor, waardoor deze techniek werd ondergebracht bij IFT.

Overige technieken

Interesse tonen (IT) en openheid vanuit de hulpverlener (OH) kwamen respectievelijk weinig tot en nooit voor, waardoor deze technieken niet werden beoordeeld in het scoringsformulier. Daarnaast wordt in de LAYD-ACS met interesse tonen vooral gekeken naar het tonen van interesse in de cliënt, maar niet direct gerelateerd is aan de behandeling. Dit kan problematisch zijn, aangezien de hulpverlener tracht om context te creëren omtrent het alcoholgebruik van de cliënt en zodoende niet los van een behandeling gezien kan worden.

Haalbaarheid en realisme (HRB) is een techniek die na een proefanalyse werd toegevoegd aan het instrument, maar geen wetenschappelijke onderbouwing had vanuit de literatuur. Daarnaast heeft deze techniek grote overlap met het confronteren van de cliënt (TCC).

Op basis van de analyses bleek dat gesloten- en open vragen vaak voorkwamen. Het scoringsformulier gaat echter uit van het geven van een globale score per techniek, waardoor het problematisch kan zijn om de hoge frequentie open- en gesloten vragen tegenover elkaar af te wegen. Ook kwam uit de analyses naar voren dat het problematisch was om gesloten- en open vragen te beoordelen. Daarnaast bleek dat deze type vragen overwegend goed werden toegepast, waar een enkeling een negatieve beoordeling kreeg.

Gesprekstechnieken voor het scoreformulier

Voor scoreformulier werden de gesprekstechnieken bevestigen/ondersteunen (TBO), motivatie (TMO), de controle van de deelnemer (TAU), confrontatie (TCC) en weerstand (TWS) meegenomen om de kwaliteit van motiverende gespreksvoering te meten. Voor de therapeutische relatie werden de gesprekstechnieken wederzijds vertrouwen (AWV), samenwerking benadrukken (ASB), transparantie (ATR), doelen (ADO) en afspraken

(AAA) beoordeeld. Tot slot werd een aantal technieken die niet onder motiverende gespreksvoering of de therapeutische relatie vielen ondergebracht in "overige communicatieve vaardigheden": empathie (EMP), reflectief luisteren (RL), reactie geven op testresultaten, vragenlijsten, opdrachten of het alcoholchrift (IFT) en uitleggen van opdrachten en vragenlijsten die bij AdB horen (IUC).

Bijlage 2: scoreformulier+handleiding

Scoringsformulier AdB*	
Score	Omschrijving
0	De vaardigheid is onvoldoende toegepast
1	De vaardigheid is voldoende toegepast
2	De vaardigheid is goed toegepast

Motiverende gespreksvoering					
		0	1	2	n.v.t.
1	Bevestigen/ondersteunen				
2	Motivatie				
3	Controle deelnemer				
4	Confrontatie				
5	Weerstand				
			Totaal-score	Maximaal te behalen score	%maximaal te behalen score
Score MI					

Therapeutische relatie					
		0	1	2	n.v.t.
6	Wederzijds vertrouwen				
7	Samenwerking benadrukken				
8	Transparantie				
9	Doelen				
10	Afspraken				
			Totaal-score	Maximaal te behalen score	%maximaal te behalen score
Score TR					

Overige communicatieve vaardigheden					
		0	1	2	n.v.t.
11	Empathie				
12	Reflectief luisteren				
13	Reactie geven				
14	Uitleggen ideeën en concepten				
			Totaal-score	Maximaal te behalen score	%maximaal te behalen score
Score OCV					

Cijfer onafhankelijk van bovenstaande	Onvoldoende		Voldoende		Goed	
	4	5	6	7	8	9

*Analyse voor "alcoholschrift bijhouden" en "situaties analyseren"

Definities*

1. **Deelnemer bevestigen/ondersteunen:** positieve en/of complimenteuzen dingen zeggen. Bevestigen/ondersteunen neemt ook de vorm aan van het becommentariëren van de deelnemer op sterke kanten, mogelijkheden of pogingen op diverse gebieden.
2. **Motivatie:** de therapeut bespreekt de motivatie van de deelnemer. De therapeut probeert ambivalentie te creëren (een staat van in conflict zijnde emoties over gedragsverandering). Het gevolg is dat de deelnemer gestimuleerd wordt om na te denken over zijn eigen motivatie.
3. **Controle deelnemer:** de deelnemer heeft de vrijheid, keuze, autonomie en de mogelijkheid om te beslissen en om advies/informatie af te slaan. Hulpverleners kunnen accepteren dat deelnemers er voor kiezen om niet te veranderen en/of om informatie/advies niet te gebruiken. Hulpverleners die een hoge autonomie nastreven investeren in specifieke gedragsveranderingen. Ze manipuleren iemand niet tot een directe verbintenis, maar kijken ook naar de lange termijn om in de toekomst te veranderen. Ze tonen begrip dat de verandering vanuit de deelnemer moet komen en niet moet worden opgedrongen door anderen. De hulpverlener biedt daarnaast de mogelijkheid om de aangeboden informatie/advies niet te gebruiken.
4. **Confrontatie:** de confrontatie is functioneel en bruikbaar. De confrontatie heeft als doel om de deelnemer inzicht te geven op een bepaald gebied of tegenstrijdigheden te benaderen. Er wordt geen oordeel gegeven. Het doel is om een deelnemer te verrijken met nieuwe inzichten die bruikbaar zijn voor het vervolg van de behandeling.
5. **Weerstand:** therapeut staat open voor de deelnemers, geeft geen eigen meningen, gebruikt geen argumenten waarom iets wel of niet goed is, past geen oordeel toe en zoekt weerstand bewust op. Bijvoorbeeld door mee te veren met uitspraken van de deelnemers en nieuwe vragen te stellen met als doel de uitgesproken negativiteit uiteindelijk om te zetten in iets constructievers.
6. **Wederzijds vertrouwen:** het uitspreken van wederzijds vertrouwen door zowel therapeut als de deelnemer. Het veilig voelen en vertrouwen wordt besproken. De therapeut benadrukt het vertrouwen in de je-vorm.
7. **Samenwerking benadrukken:** het benadrukken van de samenwerking, dat de deelnemer het niet alleen hoeft te doen en/of dat de therapeut er is ter ondersteuning.
8. **Transparantie:** de therapeut vertelt wanneer informatie over de deelnemer besproken wordt met anderen, wanneer hij of zij met een collega gaat overleggen. Ook van andere activiteiten m.b.t. de deelnemer worden gedeeld. **Opmerking:** transparantie is ook melding van ziekte, excuses maken, vakanties e.a.
9. **Doelen:** de therapeut reflecteert met de deelnemer op doelen die de deelnemer heeft gesteld.
10. **Afspraken:** hulpverlener bespreekt en benadrukt afspraken die hij/zij met de deelnemer maakt of wil maken. Hulpverlener doet belofte over aankomende uitleg en houdt zich hier aan.
11. **Empathie:** de mate waarin de therapeut het perspectief van de deelnemer begrijpt en/of een poging doet. In tegenstelling reflectief luisteren gaat het hier vooral om het begrijpen, het voorstellen en het rechtvaardigen van emoties die genoemd worden.
12. **Reflectief luisteren:** korte opmerking waarmee men verwoordt welke gevoelens er bij de ander worden waargenomen. Het verwoordt niet alleen wat de patiënt verteld, maar vooral wat deze bedoeld. In tegenstelling tot empathie gaat het hier vooral om subjectieve indrukken van de hulpverlener.
13. **Reactie geven:** er wordt inhoudelijk **reactie gegeven op** bijvoorbeeld testresultaten, vragenlijsten, opdrachten en/of het alcohol schrift.
14. **Uitleggen ideeën en concepten:** het helder uitleggen van **opdrachten en vragenlijsten** die horen bij- en het uitleggen van systeemaspecten van alcohol dolbeaas.nl.

*Definities komen overeen met die uit de LAYD-ACS (Roskam, 2013).

Handleiding met betrekking tot het gebruik van het scoringsformulier

Bij het scoringsformulier moet er per gesprekstechniek een score worden gegeven, variërend van 1 tot 3 (onvoldoende, voldoende en goed). Deze scores worden gegeven op basis van de gesprekstechnieken die de hulpverlener daadwerkelijk toepast. De beoordelaar moet niet bepalen dat een bepaalde techniek wel toegepast had moeten worden op een bepaald moment, terwijl dit niet door de hulpverlener is gedaan. Er zijn echter twee uitzonderingen: het kan voorkomen dat een beoordelaar moet bepalen (subjectief) in hoeverre er adequaat is ingegaan op de motivatie (zie definitie 2) en het inhoudelijk reactie geven (zie definitie 13) op hetgeen wat de cliënt heeft gezegd. Bij het lezen van de berichtgeving van zowel de cliënt als de hulpverlener kan naar voren komen dat de cliënt expliciet zijn motivatie weergeeft en/of aspecten naar voren laat komen waar inhoudelijk op gereageerd zou moeten worden, maar wat vervolgens niet gedaan wordt.

Score	Omschrijving
1	De vaardigheid is onvoldoende toegepast
2	De vaardigheid is voldoende toegepast
3	De vaardigheid is goed toegepast

Voor de score "niet van toepassing" wordt gekozen wanneer de beoordelaar de gesprekstechniek niet waarneemt bij het beoordelen van een behandeling. De scores 1 tot en met 3 worden respectievelijk toegepast wanneer de gesprekstechniek in de ogen van de beoordelaar onvoldoende, voldoende of goed is toegepast.

In de onderstaande beschrijvingen wordt er voor de onderdelen van motiverende gespreksvoering, therapeutische relatie en overige communicatieve vaardigheden toegelicht hoe er een score gegeven moet worden. Per onderdeel zal elke score individueel worden gedefinieerd, waardoor het voor de beoordelaars eenduidiger moet worden om een gepaste score te geven en meer houvast te bieden. De definities voor onvoldoende en goede toepassingen komen (bijna) volledig overeen met de definities uit de LAYD-ACS (Roskam, 2013).

*Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering		0	1	2	n.v.t.
1	Bevestigen/ondersteunen				
2	Motivatie				
3	Controle deelnemer				
4	Confrontatie				
5	Weerstand				

1. Bevestigen/ondersteunen

0= De hulpverlener bevestigt of ondersteunt de cliënt onvoldoende. Dit uit zich onder andere in het niet adequaat kenbaar maken van bevestiging en/of ondersteuning: de hulpverlener ondersteunt/bevestigt onvolledig, waardoor de cliënt niet kan begrijpen dat de hulpverlener er is om hem/haar te steunen op bepaalde gebieden. Ook wordt

voor deze score gekozen wanneer de hulpverlener wel aangeeft dat er iets gebeurt is bij de cliënt, maar er vervolgens geen bevestiging of ondersteuning aan hangt.

*Voorbeeld: * "Maar daar kun je natuurlijk wat aan doen als je wilt"*

** "Vanwege alle bedenkingen die ik bij je gestelde doel heb"*

** "Al word je wel flink aan het werk gezet daar"*

1= De hulpverlener heeft de cliënt voldoende bevestigd/ondersteunt tijdens de behandeling. Deze beoordeling wordt gebruikt wanneer de hulpverlener een poging doet om de cliënt te ondersteunen en/of te bevestigen, maar dit in niet volledig doet; de hulpverlener benoemt hier zeer kort de punten waar de hulpverlener juist een uitgebreidere positieve bevestiging of ondersteuning aan moet hangen. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

*Voorbeelden: * "Ik zie dat je al minder drinkt dan je in de intake hebt aangegeven. De afgelopen 2 weken dronk je 22 of 23 glazen per week. Terwijl je voorheen 36 dronk. Dat zijn er al meer dan 10 minder. Dat betekent dat je al aan het veranderen vóórdat je in deel 2 van dit programma zit waar je gericht aan de slag gaat met veranderen. Ik ben benieuwd hoe je dat gedaan hebt"*

2= De hulpverlener bevestigt/ondersteunt de cliënt overwegend goed. De hulpverlener benoemd een situatie van de cliënt en hangt hier vervolgens een bevestiging en/of ondersteuning aan.

*Voorbeeld: * "Goed dat je het initiatief hebt genomen om je aan te melden en je alcoholgebruik te onderzoeken en eventueel te veranderen"*

** "Ik wens je veel succes met de behandeling"*

** "Je bent op de goede weg"*

** "Maar ik wilde toch je toch even laten weten, hoezeer ik onder de indruk ben van je inzichten"*

2. Motivatie

0= De hulpverlener bespreekt in onvoldoende mate de motivatie terwijl dit wel gewenst is. Ook wordt voor deze score gekozen wanneer de hulpverlener de motivatie niet goed heeft besproken, terwijl hij/zij wel heeft kunnen constateren dat er een lage motivatie aanwezig is bij de cliënt.

*Voorbeeld: * "Je benoemt dat dit voor jou ook een motivatie is om minder te drinken"*

** "Ik begrijp uit je bericht van gisteren dat je in een tweestrijd stond of je hiermee door wilde gaan. Ik hoop dat deze start van de internetbehandeling je zal aanmoedigen om dat wel te doen"*

*** Ik ben verder ook erg benieuwd hoe het met je gaat en of je überhaupt nog wel de intentie hebt om verder te gaan met dit programma. Laat je mij dit s.v.p. even weten?"*

***Laat mij maar weten of ik je ergens mee van dienst kan zijn, of dat je (nog) niet toe bent om je gebruik actief te onderzoeken en wellicht te veranderen"*

1= De hulpverlener heeft de motivatie in voldoende mate besproken. Deze score wordt gegeven wanneer de hulpverlener de motivatie niet volledig bespreekt, terwijl de situatie hier wel om vraagt. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

*Voorbeeld: ** Hoe gaat het met je? Goed om te vernemen dat je er alles aan doet om uit het dal te klimmen en geen gedachten over een einde aan je leven maken hebt. Je voelt je weliswaar ellendig, maar wil er alles aan doen om de knop om te zetten. Dat laat zien hoe krachtig je bent. Zet hem op!"*

2= De hulpverlener heeft de motivatie van de cliënt duidelijk en concreet besproken met de cliënt.

*Voorbeeld: * "Je schrijft dat je deze behandeling gaat doen. Sta je er zelf ook helemaal achter? Ben je voldoende gemotiveerd? Wat was de reden dat je de vorige keer afhaakte?"*

** "Waar ik benieuwd naar ben, is wat voor jou persoonlijk de reden is dat je wilt minderen met drinken"*

** "Je schrijft in je bericht: 'Niet drinken: ik ga dat niet proberen, maar gewoon doen!' Dat is een positieve benadering, uitstekend. Je spreekt jezelf moed in en dat kan zeker helpen. Iets met lichaamsbeweging doen zoals fietsen of wandelen, is een uitstekende manier om met gevoelens van trek om te gaan. Ik ben benieuwd hoe dat voor jou werkt"*

3. Controle deelnemer

0= De hulpverlener maakt in onvoldoende mate kenbaar dat de cliënt ten allen tijde controle heeft wat betreft de vrijheid, keuze, autonomie en de mogelijkheid om te beslissen. Ook legt de hulpverlener teveel druk op de cliënt om te veranderen of acties te ondernemen, terwijl dit juist door de cliënt moet worden bepaald. Hij/zij gebruikt een verplichtende toon, waar de mening van de hulpverlener kenbaar wordt gemaakt. "Ik zou" en "ik wil" zijn voorbeelden van de verplichtende toon van de hulpverlener.

*Voorbeeld: * "Ik zou toch met een open vizier het UWV tegemoet treden. Wellicht heb je het geluk een medewerker te treffen die oog en oor heeft voor jouw situatie en met je mee wilt denken"*

** "Ik wil er toch nog even bij stilstaan om er zeker van te zijn of het klopt dat je geen trek in drinken hebt gehad"*

** "Ik denk dat het goed is om het nare van je uitglijder onder ogen te zien"*

Daarnaast kan de hulpverlener informatie/advies/acties opdringen zonder aan te geven dat de cliënt zelf mag bepalen of hij/zij het gaat gebruiken. Hij/zij gebruikt specifiek woorden en zinnen als "zou", "waarom ga je niet", "overweeg", "probeer", "stel voor", "wat dacht je van" en "je zou kunnen". Specifiek komt dit erop neer dat de hulpverlener aangeeft hoe de cliënt het zou moeten doen.

*Voorbeeld: * "Mocht dat zo zijn, dan hoor ik graag van je wat de reden is"*

** "Er zijn vast en zeker meer risicosituaties en risicogevoelens voor jou"*

** "Met andere woorden: zie je frustraties onder ogen, maar laat je er niet door leiden"*

De score 0 wordt gegeven voor dit onderdeel indien 1 of een combinatie van de 2 definities herkend wordt.

1= De hulpverlener heeft in voldoende wijze aangegeven dat de cliënt controle heeft over de veranderingen die hij/zij wil realiseren en om advies/informatie af te slaan. Deze score wordt gegeven wanneer de beoordelaar vindt dat de hulpverlener de vrijheid, keuze, autonomie en de mogelijkheid om te beslissen voor een groot deel bij de cliënt heeft neergelegd. De hulpverlener maakt hier bijna niet gebruik van een verplichtende toon ("zou", "waarom ga je niet", "overweeg", etc.). Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

*Voorbeeld: * "Zou jij de registratie wat regelmatigere kunnen bijhouden? Denk je ook dat je de openstaande dagen nog met terugwerkende kracht kunt invullen? Ik heb dit nodig voor die analyse waar ik het al eens over gehad heb"*

2= De hulpverlener geeft de cliënt de controle in handen wat betreft het verloop van zijn of haar behandeling. De cliënt krijgt onder andere de mogelijkheid om informatie en advies af te slaan.

*Voorbeeld: * "Maar daar kun je wat aan doen als je wilt"*

** "Je maakt steeds zelf de keuze en je bepaalt zelf wat je wel of niet doet"*

** "Je kiest uiteraard zelf of je daarmee aan de slag wilt gaan en of je je drinken wilt minderen of wilt stoppen"*

** "Je gaat daarvoor met behulp van de opdracht 'doel stellen', onderaan dit bericht, een concreet en haalbaar plan maken"*

** "Als je in deze situatie liever telefonisch contact wilt, laat me dan even je telefoonnummer weten"*

** "Afgelopen maandag heb ik je bericht 'nogmaals doelen stellen' gestuurd. Ben je al in de gelegenheid geweest om naar dit bericht te kijken?"*

** "Wil je me laten weten wat je hiervan vindt?"*

4. Confrontatie

0= De hulpverlener past deze vaardigheid onvoldoende toe. De confrontatie komt over als kwetsend, corrigerend of beschamend. Ook lijkt het alsof de hulpverlener de cliënt ergens de schuld van geeft.

*Voorbeeld: * "Het had niet veel gescheeld of ik had je dossier vandaag afgesloten"*

*** Ik begrijp dat je het de afgelopen dagen vrij druk hebt gehad. Je schrijft ook dat je teveel hebt gedronken. Had dit wat met elkaar te maken, denk je?"*

1= De hulpverlener heeft de confrontatie in voldoende mate toegepast. Deze score wordt gegeven wanneer de confrontatie niet volledig wordt doorgezet, of dat het nog enigszins als kwetsend kan worden opgevat. Ook wordt hiervoor gekozen wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

*Voorbeeld: * "Toch zie ik dat je, ondanks je financiële problemen, probeert positief te blijven. Je baalt ervan dat je bedrijf er straks niet meer zal zijn, maar je zegt tegen jezelf: het is niet anders. Ook blijf je solliciteren, en heb je goed voor ogen wat je graag zou willen doen als werk"*

** "Wat me verder opvalt is dat het je lukt om momenten van trek uit te stellen en hier niet direct aan toegeeft. Was je dit zelf ook opgevallen?"*

*** Ik begrijp ook wel dat je minder kan concentreren als jij je prikkelbaar voelt, en ook dat ontstaat wanneer jij niet kunt drinken. Ik denk echter dat er meerdere aanleidingen zijn die zucht aan alcohol oproepen. (niet duidelijk wat "meerdere aanleidingen" zijn. Ze verwijst wel naar die samenvatting die ze wil maken, maar kan hier (op dit moment) juist wel op ingaan)"*

2= De hulpverlener confronteert de cliënt op een correcte en gepaste wijze. De confrontatie heeft als doel om de deelnemer inzicht te geven in een bepaald gebied of om tegenstrijdigheden te benadrukken. Er wordt geen oordeel gegeven.

Voorbeeld: * *"Ik kan me voorstellen dat het voelt alsof de lucht uit je wordt geperst. En toch lijkt het dat je vindt dat je tevreden en gelukkig zou moeten zijn!"*

* *"Ik vind het wel zorgwekkend te lezen dat er momenten zijn dat je naar de dood verlangt. [...] Het is volkomen begrijpelijk dat de situatie je op dit moment volstrekt overvraagt, en dat je het moeilijk valt een uitweg te vinden. Gelukkig lees ik ook dat je nog steeds zoekt naar mogelijkheden om er verandering in te brengen, zoals naar een psycholoog gaan"*

* *"Vaak lukt het mensen wel een korte tijd om een goede verandering voor elkaar te krijgen, zeker als de omstandigheden meezitten. Dat is prachtig maar de kans om terug te vallen in oud gebruik als het tegenzit is meteen erg groot omdat de verandering niet echt eigen is gemaakt. Voorbeeld: het jojo-effect bij mensen, die willen afvallen. Zo is het ook met alcoholgebruik"*

* *"Je hebt een goed contact met je kinderen, lees ik. Wel uiten ze kritiek op je alcoholgebruik. Wat vind je van hun opmerkingen? Als vader ben je een heel belangrijke invloed in hun leven. Kinderen spiegelen zich vaak aan hun ouders"*

* *"De hoeveelheid die je drinkt vind ik zorgelijk. Het is een forse hoeveelheid die veel schade aan je lichaam kan toebrengen. Waarschijnlijk heb je het al gelezen op de website, maar mocht dat niet zo zijn, wil ik je nog wat informatie geven over de gevolgen van het meer dan 15 glazen ineens drinken"*

* *"Je schreef daarbij: 'Ik had echt drank nodig om me beter te voelen.' Alcohol kan inderdaad gebruikt worden om bijvoorbeeld boosheid te onderdrukken of om de scherpe kantjes van het gevoel af te halen. Het lijkt op zo'n moment te helpen. Je kunt je echter afvragen of het gebruik van alcohol op zo'n moment daadwerkelijk helpt. Het kan ook zo zijn, dat alcohol meer opgefokt maakt"*

* *"Is het je ook opgevallen dat jouw lijst van voordelen veel korter is dan die van de nadelen?"*

5. Weerstand

0= De hulpverlener past deze vaardigheid onvoldoende toe. In deze situatie onderbreekt de therapeut de deelnemer, gaat hij/zij er tegen in en/of houdt een eigen betoog. Het lijkt alsof de therapeut een "gevecht" of "worsteling" opzoekt.

Voorbeelden: * *"Je vult geen echte gedachten in en bij gedrag staat vaak niets"*

* *"Maar het lijkt alsof je bijna vergeet waarom je deze behandeling volgt"*

** "Wel wil ik erbij vermelden dat het echt de bedoeling is om vaart te houden in de behandeling. Te lange tussenpozen werken niet goed en dan zal de behandeling minder effectief zijn"*

*** Ik zie dat je nog niet hebt gereageerd op mijn vorige bericht. Tot nu toe lukt het nog niet goed om vaart in de behandeling te krijgen. Om te zorgen dat de behandeling zo effectief mogelijk is, is het van belang dat je regelmatig inlogt in je dossier en reageert op mijn berichten en je alkoholschrift bijhoudt. Denk je dat dat gaat lukken?"*

*** Ik kan verder niet zoveel voor je betekenen, voordat je weer een beetje bijgewerkt bent"*

** "Je kunt het ook zo zien: als de start van dit programma zonder hobbels was verlopen, had je deze opdracht al in de eerste week na aanmelding gemaakt en dan was het duidelijker geweest dat we het over het verleden hebben bij de opdracht drinkwijzer"*

*** Fijn dat je hebt gereageerd want ik stond op het punt om jouw dossier op niet-actief te zetten"*

1= De therapeut past de weerstand functioneel toe, maar doet dit in de ogen van de beoordelaar niet geheel goed. De therapeut geeft amper eigen meningen, argumenten, oordeel, maar wekt nog wel enigszins de indruk dat een "gevecht" of "worsteling" wordt opgezocht. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

*Voorbeelden: ** Je schrijft dat de waslijst aan dingen die je nog moet doen, benauwend werkt. Toch lijkt je me niet het type dat niets doet. Zou het een idee zijn om een lijstje te maken van de dingen die je hebt gedaan die dag, in plaats van een lijstje die je nog moet doen"*

** "Ik heb geen bericht van je ontvangen en ook de registratie heb je om de een of andere reden niet bijgehouden"*

*** Ja, het klopt dat ik de opdracht 'voordelen, nadelen' al eerder van je ontvangen had. Prima. De vraag was nu of je aan wilt geven welke drie voordelen het zwaarst voor je wegen en wat de belangrijkste drie nadelen zijn"*

*** Wat ik wel zeker weet is dat het voor jou nodig is dat je leert om jezelf te accepteren en van jezelf gaat houden. Je schrijft dat je je huis verwaarloost en eigenlijk ook je lichaam door onregelmatig en slecht te eten. Als het je lukt om zowel in je huis als in de lichaam wat orde te scheppen en met regelmaat op te ruimen, zal je zien dat je je beter gaat voelen en veel meer aan gaat kunnen"*

" je schrijft dat je je geen zelfverzekerde, slimme vrouw meer voelt. Ik denk dat dat gevoel weer helemaal terug kan komen als het je lukt te

minderen of stoppen met drinken en als je met een helder hoofd je situatie tegemoet kunt treden. Verwacht jij dat ook? Zou dat je zelfvertrouwen weer een boost geven, denk je?"

**" Je schreef dat je geen computerfreak bent. Je hebt nu gemerkt dat je geen freak hoeft te zijn om goed in dit programma te kunnen werken"*

2= De therapeut staat open voor de cliënt, geeft geen eigen meningen, gebruikt geen argumenten waarom iets wel of niet goed is, past geen oordeel toe en zoekt de weerstand goed en bewust op. Dit heeft als doel om de negativiteit om te zetten in iets constructievers.

Voorbeeld: "Mijn complimenten voor je persoonlijke reactie en de openheid die je geeft. Het is jammer dat je je verhaal niet hebt nagelezen, je ontnemt jezelf een kijkje in je eigen wereld en de mooie dingen die er gebeuren. Hopelijk krijg je gedurende de behandeling meer vertrouwen in je eigen kunnen en ga jij jezelf meer waarderen als mens, maar ook als partner en moeder"

*Therapeutische relatie

Therapeutische relatie		0	1	2	n.v.t.
6	Wederzijds vertrouwen				
7	Samenwerking benadrukken				
8	Transparantie				
9	Doelen				
10	Afspraken				

6. Wederzijds vertrouwen

0= Het wederzijds vertrouwen wordt in onvoldoende mate besproken. Het vertrouwen kan wel besproken worden, maar er wordt geen onderbouwing of beschrijving gegeven waarom dit vertrouwen aanwezig is. Het lijkt alsof deze techniek uit het niks wordt gebruikt of niet expliciet wordt gemaakt.

1= Het wederzijds vertrouwen wordt voldoende besproken; het wederzijds vertrouwen wordt (te) kort aangekaart en/of de onderbouwing laat te wensen overlaet. De hulpverlener doet een poging om het wederzijds vertrouwen uit te spreken, maar komt niet goed tot zijn recht. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

Voorbeelden: **"En het stoppen met drinken gaat je dan ook goed af"*

**"Je doet het heel erg goed en de vraag is of er nog iets te behalen voor je valt de komende tijd in de behandeling. Ik kan me voorstellen dat jij zo denkt. Wat je nog kunt behalen is terugvalpreventie. Hoe voorkom je dat je terugvalt in oude gewoontes? En wat zijn risicomomenten. Dus in het kader van terugvalpreventie zouden we de behandeling af kunnen maken"*

** "Maar ik zal ook zeker je keuze respecteren als je er voor kiest om te stoppen, want je bent al een heel stuk veranderd, en je hebt een knop omgezet"*

2= De hulpverlener spreekt duidelijk het wederzijds vertrouwen uit. De therapeut benadrukt het vertrouwen in de "je-vorm".

Voorbeeld: **"Je mag vertrouwen hebben in jezelf"*

**"Dat betekent dat je in staat bent om, als je dat wilt, je drinkgewoonte te veranderen."*

**"Ik ben benieuwd, maar ik heb er alle vertrouwen in dat je dit verantwoorde alcoholgebruik kunt vast houden. Zet hem op!"*

7. Samenwerking benadrukken

0= De samenwerking wordt onvoldoende benadrukt. Dit uit zich in het benadrukken dat de cliënt het zelf moet doen. Ook geeft de hulpverlener niet aan dat hij/zij de hulp van de cliënt nodig heeft om hem of haar te helpen. Het komt over alsof de cliënt 'verloren' en 'alleen' is.

*Voorbeeld: * "Voor ons volgende contact wil ik graag nog wat meer zicht proberen te krijgen op verschillende situaties waarin je mogelijk zin krijgt in alcohol."*

1= De samenwerking wordt voldoende in kaart gebracht. De hulpverlener benadrukt de samenwerking in beperkte mate, waarin het lijkt dat de rol van de cliënt beperkt is. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

2= De therapeut benadrukt expliciet de samenwerking. Hij/zij geeft aan dat de cliënt het niet alleen hoeft te doen en/of dat de therapeut er is ter ondersteuning.

*Voorbeeld: * Ik zal mijn best doen om je hierbij zo goed mogelijk te ondersteunen"*

**"Ik hoop samen met je de behandeling succesvol te kunnen doorlopen"*

**" Ik kan je dan beter adviseren en je zult meer profijt hebben van de behandelmethode"*

**"In deel 1 van dit programma gaan we je aanleidingen van drinken onderzoeken, aan de hand van onder andere de opdrachten die ik je zal sturen en je alcohol schrift. (meer uitleg hierover verderop in dit bericht) Aan het einde van deel 1 zal ik hiervan een samenvatting maken. Dan wordt jouw situatie besproken in ons behandelteam en dan kun je door naar deel 2. In deel 2 ga je gericht aan de slag met veranderen. Hier zal je dan ook volop tips krijgen die je zullen helpen om naar je doel toe te werken. Dit gebeurt ook weer door opdrachten, je registratie, extra teksten met tips en persoonlijke feedback van mij"*

**"Eerst kijken we naar de functie van het gebruik en onderzoeken we wat voor jou de momenten zijn waarop je zin hebt om te drinken"*

**" Dit helpt me om een goed beeld te krijgen van jou en je situatie en zo te bepalen waar we aandacht aan kunnen besteden in de behandeling"*

** "Laten we ook dit samen in de gaten houden"*

**"We hebben de eerste stappen in het onderzoeken van je gebruik gezet en je kunt er zoveel baat bij hebben om nu door te gaan"*

**" Ik wil proberen je te steunen in goede- en in minder goede tijden. Mag ik ook in deze wat mindere tijd met je meelopen?"*

8. Transparantie

0= De therapeut geeft onvoldoende transparantie over overleg en andere zaken (ziekte, excuses maken en vakanties); hij/zij is vaag/niet duidelijk over de gang van zaken die betrekking hebben op de cliënt, zoals overleg over zijn of haar situatie. Ook is de therapeut onduidelijk waarom hij/zij op bepaalde momenten niet aanwezig is.

*Voorbeeld: * "In het kader van het onderzoek naar de effectiviteit van alcoholdebaas.nl, wil ik je vragen de onderstaande lijst in te vullen en aan mij terug te sturen. De gegevens die deze lijsten opleveren, zijn voor ons van groot belang"*

1= De therapeut past transparantie voldoende toe. Dit uit zich in (beperkte) openheid omtrent de zaken die betrekking hebben op de cliënt, maar is niet volledig en/of gaat gepaard met een onduidelijke toelichting vanuit de therapeut. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

2= De therapeut past transparantie goed toe. Hij/zij vertelt wanneer zaken omtrent de deelnemer besproken worden met anderen of wanneer hij of zij met een collega gaat overleggen. Ook andere activiteiten (ziekte, excuses maken en vakanties) m.b.t. de deelnemer worden gedeeld en duidelijk toegelicht.

*Voorbeelden: * "In verband met het grote aantal aanmeldingen op dit moment, lukt het helaas niet binnen de afgesproken drie dagen te reageren op je aanmelding en intakevragenlijst. We zullen ons best doen om je zo spoedig mogelijk een hulpverlener toe te wijzen..."*

** "Vrijdagochtend ben ik weer online"*

** "We zijn als internet-behandelteam bereikbaar via..."*

9. Doelen

0= De hulpverlener gaat onvoldoende in op (eerder) gestelde doelen. Hij/zij benoemt eerder gestelde doelen (koppelt hier naar terug), maar gaat hier niet inhoudelijk op in. Hij/zij is vaag/onduidelijk, terwijl de situatie erom vraagt om de doelen te bespreken en om feedback te geven. Ook kan het voorkomen dat de cliënt expliciet zegt dat hij een bepaald doel heeft, maar de hulpverlener hier vervolgens geen feedback op geeft.

*Voorbeelden: * "Je doelstelling is heel duidelijk en concreet"*

** "Uit je registratie maak ik op dat je je doel weer hebt bereikt!"*

** "Je hebt als doel ingevuld te willen minderen met drinken. Goed dat je wederom het initiatief hebt genomen om je aan te melden en je alcoholgebruik te onderzoeken en eventueel te veranderen"*

1= De hulpverlener gaat voldoende in op de (eerder gestelde) doelen, maar gaat hier inhoudelijk niet volledig op in. Eveneens kan het voorkomen dat de cliënt in een eerder

contact een doel weergeeft, maar dat de hulpverlener hier niet volledig op ingaat: hij/zij blijft vaag en onduidelijk. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en een aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

*Voorbeeld: * "Ik zie dat je gebruik ongeveer hetzelfde is gebleven. Klopt dat? Hoe staat het met je trek? Kun je op een schaal van 1-10 aangeven hoe groot de trek die je ervaart ongeveer is?"*

2= De hulpverlener gaat goed in op de (eerder gestelde) doelen: hij/zij reflecteert goed op de doelen die de deelnemer heeft gesteld en gaat hier inhoudelijk goed op in.

*Voorbeelden: * "Je hebt je prima gehouden aan je doelstelling en je hebt elke week zelfs minder gedronken dan de maximale hoeveelheid die je jezelf toegestaan hebt"*

** "Je doelstelling is nu heel duidelijk en concreet. Dat is goed. Hierdoor maak je voor jezelf duidelijk wat je wilt bereiken. Geen vage plannen maar een concreet, werkbaar, meetbaar doel".*

** "In je alcohol schrift zie ik dat je vorige week een mooie week hebt gehad, wat betreft je alcoholgebruik. Je hebt een duidelijke afspraak met je zelf en met je vrouw gemaakt: Niet drinken, als je de volgende dag moet werken. Knappe afspraak hoor! Die afspraak maakt ook direct duidelijk verschil in je alcoholgebruik. Twee weken terug heb je 41 glazen per week gedronken, met 1 alcoholvrije dag. Vorige week dronk je 8 glazen per week, met wel 5 alcoholvrije dagen! Dat is een verschil van 4 alcoholvrije dagen en wél 33 glazen alcohol minder! Mooi resultaat zeg! Compliment daarvoor!"*

10. Afspraken

0= De hulpverlener maakt in onvoldoende mate gebruik van deze vaardigheid. De hulpverlener maakt geen duidelijke afspraken of houdt zich hier niet aan. De afspraken kunnen ook onsamenhangend zijn of niet relevant.

*Voorbeeld: * "[...] lukt het helaas niet binnen de afgesproken drie dagen te reageren op je aanmelding en intakevragenlijst".*

1= De hulpverlener maakt voldoende gebruik van de vaardigheid "afspraken". Hij/zij maakt wel afspraken, maar die zijn niet geheel duidelijk voor de cliënt; ze zijn niet concreet of er kan verwarring ontstaan bij de cliënt over de afspraak die gemaakt wordt. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

*Voorbeeld: * "Maandag 4 april hoop ik te kunnen reageren op jouw berichten"*

2= De hulpverlener maakt goed gebruik van de vaardigheid "afspraken". Hij/zij bespreekt en benadrukt afspraken die hij/zij met de deelnemer maakt of wil maken. De hulpverlener doet een belofte over aankomende contacten en houdt zich hier aan. Wel kan het voorkomen dat de hulpverlener zich vanwege een gegronde reden niet aan een afspraak kan houden, maar vervolgens wel een nieuwe afspraak maakt.

Voorbeelden: * *"Ik zal je in de komende contacten stap voor stap een handige manier laten zien waarop je je alcoholgebruik kunt onderzoeken en eventueel veranderen"*

* *"Wij kijken enkele keren per week in je dossier om te zien of je een dringende vraag hebt"*

* *"Als je deze hebt teruggestuurd, krijg je in het volgende contact mijn behandeladvies"*

* *"Dinsdag kijk ik weer in je dossier!"*

* *"Op maandag 9 mei ben ik er weer. Dan ben ik benieuwd naar je bericht"*

*Overige communicatieve vaardigheden

Overige communicatieve vaardigheden		0	1	2	n.v.t.
11	Empathie				
12	Reflectief luisteren				
13	Reactie geven				
14	Uitleggen ideeën en concepten				

11. Empathie

0= De hulpverlener past empathie onvoldoende toe. De hulpverlener doet een poging om de cliënt te begrijpen, maar blijft oppervlakkig en/of zet niet door. De therapeut gaat bijvoorbeeld niet in op het gevoel van de cliënt, maar benoemt wel dat hij of zij de cliënt snapt.

*Voorbeelden: * "Bedankt voor je geduld tijdens de wachttijd. Ik begrijp dat wij enigszins in gebreke zijn gebleven door je te attenderen op het feit dat de wachtlijst enkele dagen langer zou duren"*

** "Sommige mensen vinden het lastig deze te bedenken"*

** "Wat vervelend dat je computer kapot is. Tegenwoordig ben je dan helemaal onthand. Maar een nieuwe computer kopen is natuurlijk ook leuk. Tenminste....."*

1= De hulpverlener past empathie voldoende toe. De hulpverlener voldoet aan het aspect met betrekking tot het begrijpen van de cliënt, maar hij/zij gaat niet volledig in op het gevoel van de cliënt. De cliënt kan het gevoel krijgen dat hij/zij niet volledig begrepen wordt. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

*Voorbeelden: * "Fijn dat het goed gaat met de kinderen. Het zal wel druk zijn, een gezin met 4 kinderen"*

** "Ik begrijp ook wel dat je minder kan concentreren als jij je prikkelbaar voelt, en ook dat ontstaat wanneer jij niet kunt drinken"*

** "Je schrijft dat je geen vrienden en kennissen hebt en geen contact meer met je familie. Dat lijkt me best heftig!"*

** "Je schrijft dat je ouders bezig zijn met een scheiding. Dat is een ingrijpende gebeurtenis voor het hele gezin. Hoe ervaar jij dat?"*

2= De hulpverlener past empathie goed toe. Hij/zij begrijpt het perspectief van de cliënt en/of doet een poging. Hij/zij begrijpt, rechtvaardigt en kan zich bepaalde emoties van de cliënt goed voorstellen. De beoordelaar moet het gevoel krijgen dat de cliënt wordt begrepen.

Voorbeelden: * *“Het lijkt alsof je jezelf zo groot moet houden en wegcijferen. Ten opzichte van je kinderen is dat begrijpelijk, want zij hebben jou nodig en kunnen en moeten niet voor jou zorgen”*

* *“Ik kan me inderdaad je dubbelheid voorstellen waar je tegelijkertijd het iedereen naar de zin wilt maken en gedachten hebt om jezelf van kant te maken om niemand tot last te zijn”*

* *“Ik kan me namelijk voorstellen dat hoe aantrekkelijker het alternatief is, des te groter de kans is dat je ook kiest voor dat alternatief in plaats van alcohol drinken”*

12. Reflectief luisteren

0= De vaardigheid wordt onvoldoende toegepast. Men verwoordt de gevoelens van de ander onvoldoende of maakt een volledige verkeerde inschatting. De hulpverlener kan een situatie/gebeurtenis noemen van waaruit hij/zij een gevoelsreflectie wil maken, maar dit komt niet over bij de cliënt. Hierdoor kan het beeld ontstaan dat de cliënt zich onvoldoende begrepen voelt. Daarnaast kan de cliënt niet volledig inzien dat de hulpverlener een poging doet tot een (gevoels) reflectie van de cliënt.

Voorbeelden: * *“Ik stuur je deze daar ik in je berichten de indruk kreeg dat je jezelf nogal wat verwijten maakt, dat het je niet is gelukt het minder drinken vol te houden zoals je had gewild”*

* *“Ik begrijp dat je geen trekmomenten ervaart en dat je de drinkwijzer raar vond. Dat kan”*

1= De hulpverlener past “reflectief luisteren” voldoende toe. Hij/zij verwoordt de gevoelens van de cliënt, maar dit komt niet volledig over. Het is niet volledig duidelijk waar de gevoelsreflectie vandaan komt. Daarnaast kan de gevoelsreflectie niet compleet zijn, waarbij de hulpverlener bepaalde aspecten over het hoofd ziet. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

3= De hulpverlener past de vaardigheid “reflectief luisteren” goed toe. Hij/zij maakt een korte opmerking waarmee men verwoordt welke gevoelens er bij de ander worden waargenomen. Het verwoordt niet alleen wat de cliënt verteld, maar vooral wat hij of zij bedoelt. De hulpverlener maakt een goede, maar subjectieve, reflectie.

Voorbeelden: * *“Ik merk dat je op allerlei manieren onder druk staat. Je werk verloopt niet naar tevredenheid, je relatie verloopt niet soepel en je hebt het financieel zwaar”*

* *“Nu, na afloop, lijkt je jezelf verwijten te maken”*

* *“In je berichten lijkt het alsof je het jezelf nogal verwijt dat het je niet is gelukt om het minder drinken vol te houden”*

** "Tussen de regels door lees ik ook wel gevoelens van boosheid ten opzichte van je ouders"*

13. Reactie geven

0= Er wordt onvoldoende reactie gegeven op berichtgeving vanuit de cliënt, vragenlijsten, opdrachten of het alkoholschrift. Het wordt wel benoemd, maar niet uitgewerkt. Er volgt geen toelichting, zodat de cliënt niet kan begrijpen waar het over gaat of wat bepaalde dingen precies inhouden.

*Voorbeelden: * "Ik zie dat je al gebruik hebt gemaakt van je alkoholschrift, waarin je kunt bijhouden wanneer je zin in drinken hebt en kunt noteren hoeveel je dronk"*

** "Bedankt voor je aanmelding. Ik heb de intake bekeken en je bent een geschikte kandidaat om te starten met de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl"*

2= Er wordt voldoende reactie gegeven op berichtgeving vanuit de cliënt, vragenlijsten, opdrachten of het alkoholschrift. De reactie laat echter te wensen over in volledigheid en duidelijkheid. De cliënt kan begrijpen waar de reactie vandaan komt/op is gebaseerd, maar is niet volledig duidelijk. Ook wordt deze score gegeven wanneer de hulpverlener de vaardigheid een aantal keer goed en aantal keer onvoldoende heeft toegepast.

3= De hulpverlener geeft goed reactie op de berichtgeving vanuit de cliënt, vragenlijsten, opdrachten of het alkoholschrift. De uitleg en feedback is compleet, waardoor de cliënt goed kan begrijpen waar het op is gebaseerd.

*Voorbeelden: * "Ik lees dat je sinds 2007 onder behandeling bent bij een psychiater vanwege depressie en burn-out. Je benoemt zelf dat je jezelf momenteel als een probleemdrinker ziet"*

** "Je beschreef dat je je na het drinken van alcohol rustiger en minder somber voelt"*

** "Uit wat je hebt ingevuld blijkt dus dat je een aantal prettige effecten ervaart als je drinkt"*

14. Uitleggen ideeën en concepten

0= Ideeën en concepten worden onvoldoende uitgelegd. De hulpverlener legt opdrachten, vragenlijsten, behandelstappen en systeemaspecten niet goed uit. Hierdoor is voor de cliënt niet duidelijk hoe het AdB programma gebruikt moet worden en wat de opdrachten, vragenlijsten, behandelstappen en systeemaspecten inhouden.

*Voorbeeld: * "Hieronder vind je daarvoor een opdracht, de Drink wijzer, waarin je verschillende situaties kunt aanvinken waarbij je zin in drinken hebt"*

1= De hulpverlener legt ideeën en concepten voldoende uit. De hulpverlener kaart een opdracht, vragenlijst, behandelstap of systeemaspect aan, maar is niet volledig in de

uitleg. De cliënt kan uit de beschrijving niet in zijn geheel opmaken hoe alles in elkaar zit, waardoor er enige onduidelijkheid kan ontstaan vanuit zijn/haar perspectief.

2= De hulpverlener legt ideeën en concepten goed uit. Hij/zij legt opdrachten, vragenlijsten, behandelstappen en systeemaspecten met betrekking tot ADB helder en volledig uit. De cliënt kan uit de uitleg van de hulpverlener opmaken wat de vragenlijsten, behandelstappen en systeemaspecten precies inhouden.

*Voorbeelden: * "Om dat te doen, kun je mij een berichtje sturen door op de knop 'beantwoorden' te klikken"*

** "In dat geval is het de bedoeling, dat je dagelijks je alcoholregistratie bijhoudt in een schrift en de registratie overneemt in je online dossier, zodra je daar de kans voor hebt [...]"*

Onafhankelijke beoordeling

Cijfer onafhankelijk van bovenstaande	Onvoldoende		Voldoende		Goed	
	4	5	6	7	8	9

Er bestaat een mogelijkheid dat de score per onderdeel een vertekend beeld weergeeft van de algehele kwaliteit van de hulpverlener: het kan voorkomen dat de hulpverlener voor de aanwezige gesprekstechnieken een redelijk tot goede beoordeling krijgt, maar dat de algehele indruk onvoldoende is. Om hiervoor enigszins te compenseren moet er een cijfer worden gegeven voor de algehele indruk die de beoordelaar heeft van de berichtgeving vanuit de hulpverlener. De beoordelaar kan er voor kiezen om een 4 of 5 te geven wanneer hij/zij de toegepaste technieken over de geanalyseerde berichten onvoldoende vindt, een 6 of 7 wanneer het voldoende is en een 8 of 9 wanneer er een goede algehele toepassing is geweest.