



ABC - voor jongeren met een psychotische kwetsbaarheid

Bezoekadres: Lange Nieuwstraat 52

Postadres: ABC-straat 8

3512 PX Utrecht

Telefoon: 030-2399070

www.altrecht.nl/abc

‘Je leert van elkaar’

Onderzoeksverslag over ABC in 2010

Tom van Wel
m.m.v. Tessa Franse
22 juli 2011



Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
	Het profiel van ABC	5
	Competenties van ABC-medewerkers	6
	Aantal cliënten in zorg	7
	Inhoudelijke vernieuwingen	7
	Actief buiten ABC	8
	ABC als Best Practice	8
	Bezoeken aan ABC	8
2	Onderzoeksopzet	9
	Vraagstellingen	9
	Gegevensverzameling	9
3	Functioneert ABC zoals is bedoeld?	13
	• hoe is de kwaliteit van de individuele rehabilitatietrajecten?	13
	• hoe verloopt de inzet van ervaringsdeskundigheid?	14
	• zijn cliënten tevreden over de geboden informatie?	14
	• zijn cliënten tevreden over hun inspraak bij de behandeling?	15
	• zijn cliënten tevreden over hun hulpverleners?	15
	• zijn cliënten tevreden over de behandeling / begeleiding?	15
	• voelen cliënten zich veilig en op hun gemak?	16
	• wordt de familie voldoende betrokken bij de behandeling?	16
	• is er zicht op de klachten over het functioneren van ABC?	17
	• valt het ziekteverzuim binnen de normen?	17
	• hoeveel interne en externe audits zijn er?	17
4	Wat is de meerwaarde van ABC?	19
	• hebben cliënten minder last van psychotische symptomen?	19
	• hebben cliënten minder last van andere psychiatrische symptomen?	20
	• zijn er zo min mogelijk suïcides?	20
	• zijn cliënten meer tevreden over hun kwaliteit van leven?	20
	• hoe waarderen cliënten het resultaat van de behandeling?	21
	• zijn de zorgbehoeften van cliënten afgenomen?	22
	• hebben de familieleden voldoende informatie gekregen?	24
	• zijn cliënten in zorg gehouden?	24
	• gaat het functioneren vooruit met betrekking tot de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving?	25
	• hoeveel cliënten gaan vooruit en hoeveel gaan achteruit?	25
5	Beschouwing	27
	Samenvatting	27
	Resultaten in vogelvlucht	28
	Beperkingen van het onderzoek	28
	Vervolg	28
	Bijlage	29
	presentaties van ABC-medewerkers	29
	publicaties van ABC-medewerkers	30
	publicaties over ABC	30

1. Inleiding

ABC bestaat inmiddels negen jaar. Vanaf 2004 verschijnt er jaarlijks een verslag met een terugblik naar het voorgaande jaar. Ook in dit jaarverslag zal besproken worden wat de meerwaarde is van ABC en of ABC functioneert zoals is bedoeld.

Het profiel van ABC

ABC is een specialistische voorziening voor jongeren met een psychotische kwetsbaarheid. ABC, dat deel uitmaakt van de divisie Altrecht Willem Arntsz, bestaat sinds 2002 en heeft als doel om jongeren met een psychotische kwetsbaarheid een optimale behandeling te bieden. De tijd tussen het ontstaan van de psychose en de behandeling dient zo kort mogelijk te zijn. Het onderzoek gaat over het functioneren en over de meerwaarde van ABC. Er is een richtinggevend meerjarenbeleidsplan getiteld *ABC-kompas*. De missie van ABC is: *jongeren met een psychotische kwetsbaarheid ondersteunen bij hun herstel door middel van het aanbieden van rehabilitatie (gericht op deelname aan de samenleving) en behandeling (gericht op symptoomreductie) in samenwerking met de jongeren, direct betrokkenen en ketenpartners.*

Kenmerkend is dat er naast de behandeling van de psychotische stoornis, bijvoorbeeld door medicatie en psychotherapie, veel aandacht is voor het dagelijks functioneren en de deelname aan de samenleving, met name door rehabilitatie. Individuele rehabilitatie ondersteunt cliënten bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun doelen op het gebied van leren, werken, vrije tijd, wonen, sociale contacten en financiën. Milieurehabilitatie richt zich op een zo normaal mogelijke en kleinschalige omgeving met een zo groot mogelijke betrokkenheid van de cliënt. De behandeling van de psychotische stoornis is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Personen met een psychose bij wie de verslaving op de voorgrond staat, behoren uitdrukkelijk tot de doelgroep. Behandeling van stoornissen die tegelijkertijd optreden, zoals depressie, angst, dwang en persoonlijkheidsstoornissen, neemt ook een belangrijke plaats in. Rehabilitatie en behandeling worden zoveel mogelijk ambulant aangeboden. Dit alles geschiedt in nauwe samenwerking met de familie, die zowel hulpvrager als medebehandelaar is. Speciaal voor familieleden is de begeleiding van meerdere families tegelijkertijd in één groep. Er zijn op ABC twee van deze zogenaamde *multifamily*-groepen. Het ABC profiel wordt door drie kritische factoren bepaald (zie schema 1).

Schema 1. Kritische factoren die het profiel van ABC bepalen

- 1] de *peer*group van jongeren met een psychotische kwetsbaarheid
 - ontmoeting met en herkenning van lotgenoten
 - hulpverleners met ervaringsdeskundigheid
 - gespecialiseerde hulpverleners
- 2] huisvesting van ABC
 - normale huisvesting, niet herkenbaar als ggz
 - gelokaliseerd in het centrum
 - ruimte om elkaar informeel te ontmoeten
- 3] behandelvisie
 - participatie op de voorgrond: leren, werken, vrije tijd, wonen, sociale contacten en financiën
 - toekomstgericht: eigen leven opbouwen, m.n. in verhouding tot ouders
 - hoop doet leven, *readiness development* door demoralisatie actief tegen te gaan
 - behandeling van stoornissen staat ten dienste van herstel en participatie
 - initiatieven nemen inzake e-rehab
 - gezinnen standaard betrekken
 - apart en in een groepen (bijvoorbeeld psychoeducatiecursus en *multifamilygroups*)
 - ervaringsdeskundigheid inzetten
 - inzake de *peer*group
 - inzake familie
 - *serious gaming* in de behandeling introduceren
 - oriënteren op e-health, inclusief e-rehab

De *peer*group heeft als eerste kritische factor meerwaarde vanwege de aanwezige lotgenoten. Aan ABC zijn enkele ervaringsdeskundige hulpverleners verbonden. Door gericht te zijn op deze doelgroep wordt het voor de (overige) hulpverleners mogelijk om zich te verdiepen in de denk- en leefwereld van de jongere en zich te

specialiseren in de voor de doelgroep onmisbare interventies als rehabilitatie en het betrekken van gezinnen. Ook hebben de omgang met verslaving en de inzet van ervaringsdeskundigheid een leeftijdsspecifieke invulling.

De tweede kritische factor betreft een genormaliseerde huisvesting van ABC. Deze is voor de jongere met een psychose cruciaal. Een psychose, die de leefwereld op zijn kop kan zetten, ondermijnt veelal de identiteit van de betrokkene. Een jongere zit bovendien midden in de vorming van zijn identiteit. In zo'n situatie meet iemand zijn identiteit in eerste instantie af aan de omgeving waarin hij verkeert. In dit kader is, in overeenstemming met uitgangspunten van milieurehabilitatie, een zo normaal mogelijke omgeving met zo min mogelijk stigma van belang. De integratiemogelijkheden in de samenleving dienen daarbij zoveel mogelijk aanwezig te zijn. Tegelijkertijd dient dit plaats te vinden in een omgeving waarin de cliënt zich geaccepteerd en begrepen voelt, niet alleen door hulpverleners maar bovenal door lotgenoten.

Om het herstel succesvol te ondersteunen, heeft behandeling vooral ingang via de doelen van de cliënt. Binnen deze behandelvisie, de derde kritische factor, staat de behandeling van de stoornissen ten dienste van de (rehabilitatie)doelen van de cliënt. Zoals in de missie staat weergegeven staan behandeling en rehabilitatie samen in het teken van het ondersteunen van het herstel van de cliënt. Hierbij wordt standaard met de familie en andere betrokkenen samengewerkt. Bij de communicatiestijl staan gelijkwaardigheid en samen-zoeken voorop. Belangrijk is om niet het 'ziek zijn' (en de valkuil van de professionele, afstandelijke houding) centraal te laten staan. Het doel is veeleer om een veilige en laagdrempelige sfeer te creëren waarin ieders inbreng waardevol is. Hierbij wordt zoveel mogelijk de ervaringsdeskundigheid van cliënten als ook die van familieleden gebruik gemaakt, bijvoorbeeld door het aanstellen van een familie-ervaringsdeskundige in het team.

De behandeling wordt bij voorkeur ambulante geboden, zowel individueel als in groepen. Indien een tijdelijke opname noodzakelijk is, kan ABC deze, in een open setting, bieden waarbij dezelfde casemanager, trajectbegeleider, psycholoog en psychiater direct betrokken blijven. Specifiek zet ABC in op vernieuwingen met betrekking tot *serious gaming* in de behandeling, en op e-health waarbij met name aan e-rehabilitatie wordt gedacht.

Competenties van ABC-medewerkers

ABC-medewerkers hebben een aantal specifieke competenties benoemd die voor hen belangrijk zijn (zie schema 2).

Schema 2. Competenties van medewerkers van ABC volgens medewerkers van ABC

- A) visie
 - behandelvisie (zie schema 1)
 - B) resultaatgericht
 - niveau van de cliënt (bv. doelstellingen bij behandelplan)
 - niveau van de medewerker (bv. rehabilitatietrajecten)
 - niveau van ABC als afdeling (bv. monitoringsonderzoek)
 - C) klantgericht
 - wensen van de cliënt en de familie centraal
 - aanbod past zich zoveel mogelijk aan
 - inzetten van ervaringsdeskundigheid
 - D) innoveren
 - nieuwe interventies uitproberen en ontwikkelen
bv. bemoeirehabilitatie, multifamily groepen, gaming in de behandeling
 - nieuwe implementatiestrategieën ontwikkelen
bv. monitoren van rehabilitatietrajecten van medewerkers (Kijk op Irb-Kwaliteit)
-

Richtinggevend is de *visie* om ieders herstel zoveel mogelijk te ondersteunen op basis van wensen van cliënten, in samenwerking met hun familie, waarbij rehabilitatie voorop staat.

Dit gebeurt op een *resultaatgerichte* wijze. Dat betekent dat met elke cliënt in zijn behandelplan doelen worden afgesproken en die op een vaste wijze worden geëvalueerd. Op medewerkersniveau zijn er bijvoorbeeld doelstellingen over het aantal individuele rehabilitatietrajecten die tevens inhoudelijk worden beoordeeld. Ook op afdelingsniveau zijn er doelstellingen, zoals over de implementatie van ervaringsdeskundigheid, en deskundigheid op het gebied van verslaving. Met behulp van het monitoringsonderzoek kunnen deze doelstellingen worden getoetst en de effecten van het ABC-aanbod onderzocht.

De competentie *klachtgerichtheid* onderstreept het zo goed mogelijk luisteren naar de wensen van cliënten en hun familie, en om in een open gesprek op basis van wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden afspraken te maken. Het ABC-aanbod is zoveel mogelijk gebaseerd op de toekomstwensen van cliënten, waarbij via het inzetten van ervaringsdeskundigheid – zowel van cliënten als ook van medewerkers – optimaal bij de belevingswereld van cliënten wordt aangesloten.

Omdat de huidige behandelingen niet altijd optimaal effect sorteren, is *innovatie* belangrijk. Innovatie betekent dat wegen bewandeld moeten worden die nog niet eerder begaan zijn. Dit vergt van medewerkers een open houding. De organisatie dient zodanig te functioneren dat vernieuwingen gestimuleerd worden. De innovatie betreft nieuwe producten uit de multidisciplinaire richtlijnen als ook producten van het *Kenniscentrum Phrenos* (ontstaan uit de fusie van de *Schizofreniestichting- Kenniscentrum voor zorg en beleid* en het *Kenniscentrum Rehabilitatie*). Voorts betreffen de innovaties vernieuwingen in de behandelingen van familieleden, zoals het werken in *multifamily groups* en het inzetten van een ABC-familie-ervaringsdeskundige bij alle nieuwe cliëntsystemen. Door ABC zelf ontwikkelde innovaties betreft het structureel becomingentariëren en beoordelen van de verslaglegging van rehabilitatietrajecten van hulpverleners opdat de hulpverleners hun cliënten optimaal ondersteunen volgens een *evidence based* benadering (inmiddels bekend als *Kijk op Irb-Kwaliteit*, kortweg KIK, dat met een subsidie van ZonMW nader ontwikkeld en onderzocht gaat worden). Daarnaast initieert ABC in samenwerking met de HKU het ontwikkelen van nieuwe spelvormen in de behandeling (*mindset gaming*). Met als doel om personen met een verhoogde kwetsbaarheid voor een eerste psychose op te sporen en te behandelen met cognitieve gedragstherapie werkte ABC mee aan het EDIE-project van de Vrije Universiteit. Dit maakt inmiddels deel uit van de reguliere ABC-zorg. Ten slotte is het landelijk geprezen ABC-buddy-project, dat samen met familievereniging Ypsilon is opgezet, waarbij met behulp van psychologiestudenten die beschikken over een budget, zorgwekkend inactieve cliënten worden verleid tot spannende activiteiten van hun voorkeur.

Deze vier ABC-competenties worden bij de jaargesprekken van de medewerkers gebruikt als ook bij de sollicitatiegesprekken voor nieuwe medewerkers.

Aantal cliënten in zorg

Sinds 2004 is het aantal cliënten gegroeid, er waren achtereenvolgens 23 (in 2004), 51 (in 2005), 86 (in 2006), 102 (in 2007), 99 (in 2008), 144 (in 2009) en 178 (in 2010) cliënten in zorg. Begin 2011 zijn er 166 cliënten in zorg: 25% vrouw en 75% man; gemiddeld 24 jaar oud (sd: 3 jaar). Elf cliënten hebben een juridische maatregel. Van 80% van de cliënten is de culturele achtergrond bekend. Hiervan is 57% autochtoon en 43% allochtoon (definitie: zelf of een van de ouders is in het buitenland geboren). Van 20% van de cliënten is het niet bekend of ze autochtoon of allochtoon zijn, omdat voor ons niet bekend is waar hun ouders zijn geboren (zelf zijn ze allen in Nederland geboren).

ABC legt de nadruk op de ambulante behandeling waarbij klinische opnames zo kort mogelijk worden gehouden. Deze nadruk betaalt zich uit: in 2011 heeft ABC het streven om het aantal klinische plekken terug te brengen gerealiseerd; er zijn nu geen 20 maar 14 klinische plekken. De ambulante cliënten hebben elk een casemanager en kunnen, net als de klinisch opgenomen cliënten, gebruik maken van het groepsprogramma.

Inhoudelijke vernieuwingen

Met het doel om behandelingen aantrekkelijker voor de jongeren te maken, bekijkt ABC of spelvormen een rol kunnen spelen. Ruime ervaring is inmiddels opgedaan met het 'Weerwolvenspel' dat tot groot enthousiasme bij een deel van de cliënten leidt, en inmiddels een vast programmaonderdeel is. Het spel stimuleert de deelnemers om hypothesen met elkaar te bespreken wie van hen moordlustige weerwolven zijn en wie onschuldige dorpsbewoners. Het blijkt dat voor zeker gehouden voorspellingen fout kunnen zijn. Dit relativeert de waarde van de eigen overtuigingen. Opvallend is dat cliënten zich tijdens het spel langer lijken te kunnen concentreren, plezier hebben, geregeld vragen wanneer de groep er weer is, en mond-op-mond-reklame erover maken. Met het lectoraat *Play Design* van de HKU is samenwerking gestart om spelvormen te ontwikkelen ten behoeve van de dagelijkse ABC-behandeling.

De bemoeirehabilitatie via het ABC-buddyproject, is via subsidiegelden van Altrecht in omvang gegroeid. Het oriënterende onderzoek, waarover enkele publicaties verschenen zijn, is uitgebreid. In 2011 verschijnt hierover een publicatie.

Inzake familiebetrokkenheid wordt de samenwerking met Ypsilon en Indigo voortgezet via de coaching van familieleden aan huis. Families die nu niet goed worden bereikt, krijgen aangeboden dat twee personen (een ervaringsdeskundige van Ypsilon en een hulpverlener van Indigo) enkele malen bij de familie thuis komen om informatie te geven over het ziektebeeld, de beperkingen in het functioneren en om de weg te wijzen binnen en buiten de gezondheidszorg. Dit project gaat gepaard met wetenschappelijk onderzoek waarbij twee ABC'ers in de begeleidingscommissie zitten.

Om de familiebetrokkenheid te vergroten startte ABC enkele jaren geleden met familiegroepen. In zo'n groep worden vijf tot acht families, inclusief cliënten, samen begeleid. Het betreft twee-wekelijkse bijeenkomst

voor de duur van twee jaar. Het is geïnspireerd op een in de Verenigde Staten ontwikkelde werkwijze: de *multifamily groups* van McFarlane. Dit wordt door ABC, in samenwerking met andere instellingen, wetenschappelijk onderzocht onder supervisie van prof. dr. Van Weeghel.

In 2011 heeft ABC een familie-ervaringsdeskundige aangesteld. Hij zal naast van nieuwe ABC-cliënten actief benaderen. Deze familie-ervaringsdeskundige is bij ABC een promotietraject gestart over het inzetten van familiebetrokkenheid bij rehabilitatie van cliënten (promotor: prof. dr. Van Weeghel).

Actief buiten ABC

ABC-medewerkers zijn ook actief buiten ABC. Sinds 2005 nam een ABC-medewerker, namens Altrecht, deel aan het bestuur van het landelijk Kenniscentrum Schizofrenie. Een ander is er als docent aan verbonden. In april 2007 is dit kenniscentrum opgegaan in de Schizofreniestichting, en in januari 2010 in Kenniscentrum Phrenos waarbij een ABC'er in de deelnemersraad zit. Vanaf 2005 heeft deze stichting jaarlijks druk bezochte landelijke congressen georganiseerd, waarbij ABC steeds in de congrescommissie vertegenwoordigd was. Tijdens deze congressen gaven ABC-medewerkers workshops: samen met respectievelijk het UMC-Utrecht, het Psychosencircuit van GGZ Drenthe, het UMC-Groningen, de Parnassia Bavo Groep, en het VIP-team van het AMC. ABC organiseerde daarnaast in samenwerking met de Hanzehogeschool Groningen – in navolging van de twee succesvolle landelijke symposia in 2008 – opnieuw een uitverkocht landelijk symposium op 13 oktober 2010 met als titel *Maatschappelijke participatie door individuele rehabilitatie*. Er zijn twee ABC-medewerkers als docent/consulent verbonden aan Stichting Rehabilitatie '92 en een andere is opgeleid tot 'werkbegeleider rehabilitatie: individu en milieu'. De post-HBO-opleiding *Rehabilitation Counselor* wordt mede door ABC vormgegeven door het beschikbaar stellen van een rehabilitatiedocent en een scriptiebegeleider. Een ABC'er geeft structureel les aan de opleiding tot gz-psycholoog. Een ABC'er is dagelijks bestuurslid van de Nederlandse Vereniging van Relatie- en Gezinstherapie. Een andere maakte deel uit van de werkgroep om te komen tot de *update* van de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. Weer een andere ABC'er is bestuurslid van Stichting Cognitie en Psychose. Een verpleegkundige nam deel aan de landelijke werkgroep voor de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag. Ten slotte maakten twee ABC-medewerkers deel uit van de landelijke werkgroep ter herziening van de psychoeducatie.

ABC als Best Practice

De Regieraad Kwaliteit van Zorg gaf opdracht aan Vilans (het kenniscentrum voor langdurige zorg) om een inventarisatie te maken van Best Practices in de langdurende zorg. Voor de ggz zijn 15 Best Practices beschreven waarvan er 6 zijn uitgenodigd voor een uitwisselings- en brainstormbijeenkomst. ABC werd 2 maal uitgenodigd. Het betrof daarmee, als enige instelling, 2 Best Practices tegelijkertijd: voor familiebeleid en voor de individuele rehabilitatie-benadering.

Bezoeken aan ABC

ABC werd sinds 1 januari 2010 meerdere malen bezocht:

- op 8 maart door de Tweede Kamer-leden Harbers, Miltenburg en Zijlstra (VVD);
- op 2 april door Tweede Kamerlid Bouwmeester (PvdA), wat op 23 juni leidde tot een tegenbezoek van cliënten aan de Tweede Kamer;
- op 23 december Hilgersom (directeur-generaal SZW) en Boereboom (directeur-generaal VWS);
- op 4 februari 2011 werd op ABC het eerste officiële exemplaar van het boek *Goed Bezig!* van Annemarie Kolenberg overhandigd aan Ronald Gorter (Fonds Psychische Gezondheid) in de aanwezigheid van o.a. Malik Azmani (Tweede Kamerlid VVD), Linda Voortman (Tweede Kamerlid GroenLinks) en Cynthia Ortega-Martijn (Tweede Kamerlid Christen Unie);
- vanaf januari 2011 enkele werkbezoeken van Rivierduinen;
- op 24 maart 2011: werkbezoek van GGZ Breburg;
- op 29 maart 2011: werkbezoek van directeur Smid en collega's van ZonMW;
- op 14 april 2011: werkbezoek van de bestuursraad van VWS.

Sinds januari 2010 verschenen er publicaties van ABC-medewerkers in onder andere het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en in het *Journal of Nervous and Mental Disease*. Zie de bijlage voor een overzicht van de publicaties.

Presentaties door ABC'ers staan ook in de bijlage vermeld. Naast meerdere gastdocentschappen, workshops op congressen, trainingdagen en presentaties, is meerdere malen een ABC'er geïnterviewd en is een ABC'er live op Nederland 2 geïnterviewd over psychoses. Sinds februari 2011 verzorgt een ABC'er wekelijks een column over de zorg voor 'fdselections', behorend bij het Financieel Dagblad.

2. Onderzoeksopzet

De terugblik op 2010 gebeurt aan hand van de onderzoeksresultaten. Medio 2004 is het onderzoek van start gegaan dat fungeert als kwaliteitsmonitor van ABC.

Vraagstellingen

De eerste vraagstelling ‘*Functioneert ABC zoals is bedoeld?*’, en de tweede vraagstelling ‘*Wat is de meerwaarde van ABC?*’ vallen elk uiteen in afzonderlijke deelvragen. Deze komen in de tekst successievelijk aan bod. In hoofdstuk 5 worden de vraagstellingen beantwoord.

Gegevensverzameling

Er is van verschillende gegevensverzamelingsmethoden gebruik gemaakt. De onderzoeksgegevens zijn, in samenwerking met cliënten, familieleden en medewerkers van ABC, verzameld door ABC-medewerkers Aleece Roosen, Tom van Wel maar vooral door Tessa Franse. Hieronder staan de methoden van gegevensverzameling beschreven.

Groepsinterviews met opgenomen cliënten

Er zijn 18 groepsinterviews gehouden met opgenomen cliënten: 10 interviews op Lange Nieuwstraat 52 en 8 interviews op Lange Nieuwstraat 52a. Er waren gemiddeld 4½ cliënten bij deze groepsinterviews aanwezig. Deze groepsinterviews vonden plaats tussen 26 november 2010 en 9 februari 2011 en maakten deel uit van het wekelijkse ‘huiskameroverleg’.

Interviews met familieleden

Door Aleece Roosen zijn 5 ouders geïnterviewd: 1 vader en 4 moeders. Bij drie van hen was ten tijde van het interview hun zoon of dochter klinisch opgenomen, de andere twee waren ambulante. De interviews vonden plaats in januari en februari 2011. De duur van de interviews varieerde van 15 tot 30 minuten met een gemiddelde van 21 minuten.

Groepsinterviews met medewerkers

In december 2010 en januari 2011 is twee maal de helft van de teammiddag gebruikt ten behoeve van het onderzoek onder medewerkers. Hierbij waren respectievelijk 18 en 19 medewerkers aanwezig.

Interviews met de cliënten

Het streven is om alle cliënten kort na hun start bij ABC en vlak voor hun vertrek individueel te interviewen. De interviews gebeuren aan de hand van de vragenlijsten MANSA (over kwaliteit van leven), CAN (over zorgbehoeften) en de GGz Thermometer (over tevredenheid met de zorg). Sinds 2010 wordt de GGz-Thermometer alleen afgenomen aan het einde van de ABC-behandeling. Van het interview kort na de start wordt een samenvatting gemaakt ten behoeve van de voorbereiding van de behandelplanbespreking. Zie schema 3.

Schema 3. Informatie en instrumenten bij het cliënteninterview

informatie	instrument
zorgbehoeften	Camberwell Assessment of Need vanuit perspectief van de cliënt (CAN)
kwaliteit van leven	Manchester Short Assessment of Quality of Life (Mansa)
tevredenheid met de zorg	GGz-Thermometer

Interviews met de persoonlijk begeleiders/casemanagers van de betreffende cliënten

Interviews met de cliënt worden gecombineerd met een interview met de betrokken persoonlijk begeleider/casemanager. Hiervoor zijn de volgende vragenlijsten gebruikt: CAN (over zorgbehoeften), HoNOS (over algemeen functioneren) en de Vragenlijst functioneringsniveau (over activiteiten en deelname aan de samenleving). Zie schema 4.

Schema 4. Informatie en instrumenten bij het hulpverlenersinterview

informatie	instrument
zorgbehoeften	Camberwell Assessment of Need vanuit perspectief van de hulpverlener (CAN)
psychiatrische klachten	Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS)
activiteiten en participatie	Vragenlijst functioneringsniveau

Cliënten worden in principe in de eerste periode na komst op ABC geïnterviewd, en vlak voor vertrek uit ABC. Het gemiddelde aantal weken tussen de komst op ABC en T1 bedraagt, bij de cliënten die in 2010 startten, gemiddeld 14 weken (sd: 33). In 2009 was dit gemiddeld 19 weken (sd: 26). In 2008 en in 2007 was dit beide keren 18 weken. De bedoeling is om dit terug te brengen tot maximaal 13 weken. Het percentage cliënten met een eerste onderzoeksmeting in 2010 dat in de eerste 13 weken na komst op ABC is geïnterviewd, is 84% (in 2009: 66%; in 2008: 63%; in 2007: 50%; in 2006: 42%). Van alle 134 cliënten met een meting in 2010 is hun gemiddelde verbondenheid aan ABC 21 maanden (sd: 20 maanden).

Bij de cliënten met twee metingen vond T1 gemiddeld 7 na maanden na de start bij ABC plaats (sd: 8 maanden), en bij 47% van hen in de eerste drie maanden na hun komst. T2 is na gemiddeld 32 maanden (sd: 16 maanden) na de start bij ABC afgenomen (46% van hen langer dan 3 jaar).

Bovenstaande gegevensverzameling is aangevuld met een aantal losse tellingen over bijvoorbeeld het aantal cliënten in zorg, hun leeftijd, hun culturele achtergrond, of verslaving op de voorgrond staat en de interne audits.

In 2010 zijn er over 129 cliënten 136 metingen beschikbaar (zie schema 5). In 2009 waren er over 69 cliënten metingen verzameld, in 2008 over 70, in 2007 over 95 en in 2006 over 70 cliënten. Vanaf 2004 zijn er in totaal 525 metingen beschikbaar. Sinds 2010 wordt de GGz-Thermometer alleen afgenomen aan het einde van de ABC-behandeling.

Schema 5. Aantal metingen in 2010

1 meting: met cliënt en hulpverlener	53
1 meting: met alleen de cliënt	2
1 meting: met alleen de hulpverlener	67
2 metingen: 2 maal alleen met de hulpverlener	3
2 metingen: 2 maal met de hulpverlener + 1 maal met de cliënt	4

Bij 74 van de 136 metingen in 2010 is de cliënt niet gezien. Dit heeft verschillende redenen. Soms gaf een cliënt expliciet aan niet mee te willen werken aan het interview. Daarnaast zijn cliënten die bij de afspraak niet kwamen opdagen en die ook bij de tweede afspraak verstek lieten gaan, niet opnieuw uitgenodigd. Ten derde is er in sommige gevallen voor gekozen om alleen de hulpverlener die de cliënt goed kent te interviewen, met als doel om in de beperkte onderzoekstijd toch zoveel mogelijk informatie te verzamelen.

De metingen waarbij de cliënt niet is geïnterviewd, zijn vergeleken met de metingen waarbij zowel cliënt als medewerker zijn geïnterviewd. Cliënten die niet zijn geïnterviewd hebben volgens de betrokken hulpverlener een lager activiteiten- en participatieniveau ($p=0,009$; $n=133$) dan cliënten die wel zijn geïnterviewd, en zij hebben meer problemen zo blijkt uit de totale HoNOS-score ($p=0,04$; $n=133$). Deze problemen hebben betrekking op meer problematisch alcohol- of druggebruik ($p=0,04$), meer problemen met relaties ($p=0,04$), meer problemen met adl ($p=0,02$), en meer problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor de behandeling ($p=0,000$). Qua totaal aantal (on)vervulde zorgbehoeften waren er geen belangrijke verschillen tussen cliënten die wel of niet waren geïnterviewd.

Er zijn 157 cliënten met ten minste twee metingen, waarvan de laatste meting dateert uit 2005 (7 maal), uit 2006 (15 maal), uit 2007 (22 maal), uit 2008 (8 maal), uit 2009 (22 maal) of uit 2010 (83 maal). Wanneer er van een cliënt meer dan twee metingen beschikbaar zijn, zijn bij de analyses de oudste meting als T1 en de jongste meting als T2 gebruikt. Tussen T1 en T2 zit gemiddeld 25 maanden (sd: 14 maanden).

De groep cliënten met ten minste twee metingen bestaat uit verschillende soorten cliënten. Een deel van deze groep betreft mensen met een meting aan het begin en een aan het einde van hun behandeling. In eerdere jaren werden cliënten en hun casemanagers of persoonlijk begeleiders ook jaarlijks voor een interview benaderd. En werd er een interview gehouden als de cliënt van klinische naar ambulante zorg overging. In 2010 zijn er bij

twee groepen tussentijdse interviews gehouden in het kader van ander onderzoek. Dat kan gaan om onderzoek in het kader van het buddy-project of om onderzoek in het kader van deelname aan een familiegroep, deze metingen zijn ook meegenomen in de analyses voor dit jaarverslag. Een jaarlijkse meting en een meting bij een overgang van klinische naar ambulante zorg is in 2010 niet meer gedaan. Bij de 157 cliënten met twee metingen gebeurde de eerste meting (T1) gemiddeld 6 maanden (sd: 9 maanden) na de start bij ABC (53% binnen 3 maanden na hun komst). De laatste meting (T2) was na gemiddeld 32 maanden (sd: 16 maanden) na hun start bij ABC afgenomen (35% langer dan 3 jaar).

3. Functioneert ABC zoals is bedoeld?

De eerste vraagstelling heeft betrekking op het functioneren van ABC. De onderwerpen waarin het functioneren van ABC is onderverdeeld passeren achtereenvolgens de revue.

- Hoe is de kwaliteit van de individuele rehabilitatietrajecten?

Op de website van ABC staat beschreven dat ABC-medewerkers zoveel mogelijk proberen aan te sluiten bij de toekomstwensen van de cliënt inzake opleiding, werk, vrije tijd en wonen. Dit betekent dat er enerzijds samen wordt gezocht naar wat het beste bij de cliënt past (wat zijn de toekomstwensen precies?) en anderzijds wordt samen gezocht naar hoe deze wensen het beste verwezenlijkt kunnen worden. Doel is een zo groot mogelijke deelname aan de samenleving van de jongere. De *evidence based* Individuele Rehabilitatiebenadering vormt de leidraad in de samenwerking met cliënten. Leren en werken hebben voor deze doelgroep een extra accent.

De kwaliteit van de individuele rehabilitatietrajecten wordt gemonitord door middel van een protocol *Kijk op Irb-Kwaliteit (KIK)* (Van Wel & Marquenie, 2007). Dit houdt in dat de algemeen manager alle persoonlijk begeleiders en casemanagers drie maal per jaar verzoekt om over elke cliënt in hun caseload op een vast omschreven wijze aan te geven hoe de rehabilitatietrajecten eruit zien. Op een aantal trajecten per medewerker geeft een docent van St. Rehabilitatie '92 inhoudelijke feedback. Deze trajecten worden met een score beoordeeld op hun kwaliteit. De score varieert van 1 (er staat niets over rehabilitatie) tot 5 (uitstekend en beknopt). De uitslagen van deze scores komen ter sprake in het jaargesprek. Benadrukt wordt dat het gaat om het ondersteunen van het leren van een *evidence based* benadering.

Sinds 2007 hebben elf KIK-rondes plaats gevonden. Over de eerste vier rondes is gepubliceerd in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. We zijn daarbij 113 rehabilitatietrajecten bij 17 medewerkers beoordeeld. De gemiddelde scores vertoonden per ronde een stijgende lijn: van 2,2 bij de eerste ronde naar 2,9 bij zowel de tweede als de derde ronde, naar 3,3 bij de vierde ronde. Vanaf die tijd schommelen de gemiddelde scores tussen de 3 en de 3½, wat als onvoldoende te beschouwen is. De stijgende lijn lijkt daarmee doorbroken. Om KIK een nieuwe impuls gegeven is subsidie bij ZonMW aangevraagd en gekregen met als doel het modelgetrouwheidsinstrument KIK met een ander instrument te integreren, dit te helpen implementeren en onderzoeken. Dit gebeurt in samenwerking met PromensCare in Drenthe. Het onderzoek wordt vormgegeven door Joeske van Busschbach van het Rob Giel OnderzoeksCentrum en Wilma Swildens van Altrecht.

In het groepsinterview voor medewerkers van ABC illustreert de teamleider van het klinische team dat het worstelen is met KIK: *'het gaat niet goed met KIK, het aanleveren van de trajecten gaat moeizaam.'* Een casemanager van het ambulante team voegt met een brede glimlach toe: *'in het ambulante team is in 2010 maar een keer gekikt, daar ben ik heel blij mee.'*

De medewerkers van ABC geven het rehabilitatiegehalte van ABC een gemiddeld rapportcijfer 7,5. Dit is gelijk aan het gemiddelde rapportcijfer van vorig jaar. Een casemanager voegt hieraan toe: *'ik zou ABC een 9 willen geven vergeleken met andere afdelingen, maar een 7 in vergelijking met wat ik echt goed zou vinden'*. De werkbegeleiding wordt als ondersteunend ervaren, het samen meedenken is waardevol want *'anders doe ik gewoon weer wat ik altijd doe'*. Toch is de gemiddelde opkomst tijdens de werkbegeleiding beperkt, met gemiddeld een persoon per keer. Er wordt tijdens het groepsinterview gepraat over de tijd van de werkbegeleiding, als dit op een ander moment gepland wordt dan zou de opkomst wellicht hoger zijn. Ten tijde van het schrijven van dit onderzoeksverslag is de groepsworkbegeleiding (voorlopig) gestopt.

Ouders vinden het belangrijk dat hun kinderen begeleiding krijgen bij het functioneren in de samenleving, zoals bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van school, werk en vrije tijd. Een moeder: *'daar ben ik erg over te spreken, ze gaan met mijn zoon op zoek naar werk, ook zoeken ze naar een goede vrijetijdsbesteding voor als hij weer thuis komt wonen'*. Een andere moeder: *'dat merk ik wel, dat is altijd ter sprake'*.

Cliënten bevestigen tijdens een van de groepsinterviews dat er met ABC aan hun participatiedoelen wordt gewerkt: *'ik ben wel goed geholpen met werken en dat geldt voor iedereen. Ik ben postbezorger'*, aldus een cliënt. En een ander: *'ja goed, de begeleiders vragen er uit zichzelf naar of ik wil werken'*.

In het ABC-team zijn twee trajectbegeleiders werkzaam die zich geheel richten op het ondersteunen van cliënten bij hun leer- en werkdoelen. Medio 2011 zijn 114 trajecten geanalyseerd. Van deze trajecten gaat 61% over een opleiding, 41% over betaald werk en 7% over vrijwilligerswerk. Van de vier fasen hoe cliënten zich verhouden ten aanzien van hun doel (verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden) begint 60% in fase *kieszen* en 23% in *behouden*. In 90% van de gevallen geeft de cliënt duidelijk aan betaald te willen werken, naar regulier onderwijs te willen, of vrijwilligers werk te willen.

Om het succespercentage te kunnen bepalen, zijn de criteria gehanteerd zoals bij onderzoek naar IPS gebruikelijk is. Succesvol inzake werk betekent dat ten minste 1 dag betaald is gewerkt. Als succes criterium voor opleiding is analoog hieraan gehanteerd dat ten minste 1 dag een reguliere opleiding is gevolgd.

Bij de selectie van trajecten zijn de criteria van IPS-onderzoek gebruikt, te weten:

- 1) de cliënt geeft duidelijk aan dat hij wil werken of een opleiding wil volgen;
- 2) de cliënt niet deze baan/opleiding al volgt (dus fase *behouden* is niet meegenomen);
- 3) het traject is afgerond;
- 4) de cliënt ten minste 1 dag heeft gewerkt of op school heeft gezeten.

Het blijkt dat bij *opleiding* het succespercentage 86% is (concreet: 24 van de 28 trajecten).

Bij (betaald) *werken* is het succespercentage 93% (concreet: 13 van de 14 trajecten).

- Hoe verloopt de inzet van ervaringsdeskundigheid?

In ABC heeft jarenlang met succes een ervaringsdeskundige in het 24-uursteam gewerkt. Zij is in 2010 met ontslag gegaan, een gat achter latend. Een cliënt hierover: *'ik mis haar nog steeds. Dan denk ik: zij weet het antwoord op hoe het is om met je familie te breken. Zij snapt het direct'*. Ook andere cliënten benoemen de meerwaarde van ervaringsdeskundigen: *'je begrijpt dingen beter als je ze zelf hebt meegemaakt. Bijvoorbeeld met medicijnen. Mijn ouders snappen niet hoe ik zo'n honger kan hebben'*, en *'elke hulpverlener heeft het beste met je voor, maar als je het zelf hebt meegemaakt snap je het toch beter'*. Een andere cliënte: *'het voordeel is dat ze je beter begrijpen. Als je bijvoorbeeld je bed niet uitkomt, dat dit niet per se betekent dat je niet gemotiveerd bent. En: 'als ze het zelf hebben meegemaakt, hoef je minder te vertellen'*. Sommige cliënten geven aan van ervaringsdeskundigen meer op te steken dan van anderen: *'je neemt sneller wat van iemand aan die dat heeft meegemaakt. Ook van groepsgenoten neem ik meer aan (bijvoorbeeld feedback) dan van begeleiders'*. Ervaringsdeskundigen geven hoop: *'aan hun eigen verhaal kun je zien dat ze uit de problemen zijn gekomen. Dat dat dus kan!'*.

Van hulpverleners bestaat een vertekend beeld. Zo zegt een cliënte: *'het lijkt alsof begeleiders alles in het leven hebben, geen problemen, je hoort ze daar ten minste nooit over. Het lijkt alsof hun leven perfect is. Dan heb je makkelijk praten!'*. Een ander vult aan: *'verpleging lijkt zo braaf en heilig. Ze hebben nooit gebloed, en dan wel aan mij vertellen dat ik er van af moet blijven!'*. ABC is er daarom mede voorstander van dat hulpverleners experimenteren met een grotere openheid. Cliënten merken dit ook: *'dat maak ik zeker wel mee'*. Als voordeel noemt iemand: *'bij een therapie stelde ik elke keer een vraag over het leven van mijn therapeut. Daaruit leerde ik dat het ook maar een mens was. Dat is prettig'*. En een ander: *'het maakt het makkelijker om over jezelf te praten'*.

Cliënten maken ook kanttekeningen: *'je kunt wel advies geven over wat voor jou goed werkte, maar ze moeten niet alles over je uitstorten, het niet overnemen'*, en een ander: *'je moet wel goede ervaringsdeskundigen hebben, mensen die er zelf enigszins klaar mee zijn zodat je niet aan hen hulp hoeft te geven'*.

In het groepsinterview met medewerkers van ABC wordt ook genoemd dat het inzetten van ervaringsdeskundigheid kwetsbaar is. Een psychiater: *'ik vraag me af of we de ervaringsdeskundigen wel op de goede manier hebben ingezet, misschien zou het helpen als we aan het begin de verwachtingen uitspreken en daarmee ook duidelijkheid hebben over hoe de persoon kan worden ingezet.'* Een casemanager zou het willen uitbreiden: *'Ik zou ook een ervaringsdeskundige in het ambulante team willen, bijvoorbeeld om mee op huisbezoek te gaan.'*

Bij ABC verzorgt een ervaringsdeskundige samen met een psychiater een groepsmedicatiepreekuur. Hiernaast begeleidde een ervaringsdeskundige de groep *Herstellen doe je zelf*. Verder zijn ervaringsdeskundigen ingezet bij wetenschappelijk onderzoek, workshops, lezingen en bezoeken aan ABC.

- Zijn cliënten tevreden over de geboden informatie?

Er staan drie items in de vragenlijst *GGz Thermometer* die zich richten op de tevredenheid over de geboden informatie. Het totaal (100%) is gesteld op het aantal cliënten dat het antwoord 'ja' of 'nee' heeft gegeven. In tabel 1 staan de percentages van deze cliënten vermeld die 'ja' hebben geantwoord.

Tabel 1. Cluster informatie: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-cliënten in 2004 t/m 2010 versus Altrecht-cliënten in 2010

	ABC							Altrecht 2010 n=2690
	2004 n=28	2005 n=48	2006 n=70	2007 n=90	2008 n=52	2009 n=50	2010 n=20	
- Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?	100%	96%	97%	93%	90%	96%	90%	84%
- Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?	89%	94%	95%	90%	84%	96%	85%	84%
- Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding?	69%	72%	77%	69%	67%	72%	85%	77%

In vergelijking met eerdere jaren zijn er minder GGz-Thermometers afgenomen. Er is een lichte daling in de tevredenheid met de informatie over de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden en de aanpak van de behandeling of begeleiding. De tevredenheid met de informatie over het te verwachten resultaat van de behandeling lijkt te zijn toegenomen.

In de CAN wordt ook naar de behoefte aan 'Informatie over de toestand van de behandeling' gevraagd. De behoefte aan informatie neemt af naarmate cliënten langer in behandeling zijn (gemiddeld van score 1,1 naar 0,6; $t=5,7$; $p=0,000$; $n=152$). Uit de groepsinterviews met cliënten komt dit ook naar voren. Zo geeft een cliënt aan die relatief lang bij ABC is opgenomen: 'het is goed nu, zeker over activiteiten die worden georganiseerd, ook goed was de informatie over woonruimte, verder was de psycho-educatie goed'. Er blijven wel punten ter verbetering: 'wat ik mis is informatie over de bijwerkingen van de medicatie', zo vertelt een andere cliënt.

Verder lijken cliënten met name van elkaar informatie te krijgen en van elkaar te leren. Een cliënte illustreert dit: 'ja, je leert van elkaar, hoe anderen dingen ervaren, en hoe ze omgaan met medicatie'. Hierop vullen andere cliënten aan: 'ja, door hoe anderen zich gedragen leer ik ook naar mijzelf kijken' en: 'van de arts leer je hoe het met de dopamines zit, van patiënten leer je hoe je er het beste mee om kan gaan.'

- Zijn cliënten tevreden over hun inspraak bij de behandeling?

Uit de GGz-Thermometer blijkt dat de meeste cliënten aangeven dat zij kunnen meebeslissen over de behandeling of begeleiding die zij krijgen. De percentages lijken echter wat lager dan die van voorgaande jaren (zie tabel 2).

Tabel 2. Cluster inspraak: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-cliënten in 2004 tot en met 2010 versus Altrecht-cliënten in 2010

	ABC							Altrecht 2010 n=2690
	2004 n=28	2005 n=48	2006 n=70	2007 n=90	2008 n=52	2009 n=50	2010 n=19	
- Kon/kunt u meebeslissen over de behandeling/begeleiding die u krijgt?	86%	87%	95%	89%	81%	94%	90%	87%
- Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?	92%	95%	96%	88%	91%	95%	88%	67%
- Heeft u ingestemd met het behandel- of begeleidingsplan?	96%	93%	93%	87%	88%	91%	89%	95% ¹

In de groepsinterviews omschrijven cliënten dat ze een goede communicatie met hulpverleners hebben: 'ik kom vaak voor mijzelf op, heb ook veel inspraak in de behandelplanbespreking. De mensen van ABC staan daar ook voor open, ze respecteren mijn mening. En: 'Je hebt voldoende inspraak, je kunt zelf oplossingen aangeven bijvoorbeeld bij Ingeborg'. Ook is er ruimte om van mening te verschillen: 'er is altijd een keuze, behalve als het echt niet anders kan' en: 'ik verschil vaak van mening met de psychiater. Maar als zij het uitlegt, snap ik het wel en ben ik het er ook mee eens'. Een cliënt wil dat er meer aandacht is voor de rol die zijn verleden speelt in

¹ bij de Altrecht kolom heeft dit percentage van 95% betrekking op de 67% cliënten die op het voorgaande item aangeeft dat er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt is; bij ABC gaat het over alle respondenten.

zijn klachten: 'ABC denkt vooral aan je toekomst, maar je hebt ook een verleden dat aan je vastzit. Men zou meer actief naar het verleden mogen vragen, bijvoorbeeld zijn er dingen waar je verdriet van hebt?'

- Zijn cliënten tevreden over hun hulpverleners?
- Zijn cliënten tevreden over hun behandeling/begeleiding?

In vergelijking met andere jaren lijken cliënten wat minder vaak de hulpverlener deskundig, respectvol en geïnteresseerd te vinden. Ook in vergelijking met het gemiddelde percentage voor heel Altrecht, lijkt ABC wat lager te scoren (zie tabel 3).

Tabel 3. Cluster hulpverlener: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-clieënten in 2004 t/m 2010 versus Altrecht-clieënten in 2010.

	ABC							Altrecht 2010 n=2690
	2004 n=28	2005 n=48	2006 n=70	2007 n=90	2008 n=52	2009 n=50	2010 n=20	
- Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende deskundig (goed in zijn/haar vak)?	96%	96%	98%	97%	94%	98%	90%	93%
- Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?	93%	92%	97%	94%	94%	88%	90%	94%
- Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?	100%	96%	98%	100%	98%	96%	90%	96%
- Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?	100%	100%	93%	97%	96%	94%	90%	93%

Klinische cliënten uit in de groepsinterviews over de hulpverleners overwegend positief, zoals: 'het heeft goed geholpen', 'zeer tevreden' en 'geen verbeterpunten'. En ook: 'ze helpen je, maar niet overdreven veel' en: 'ik voel me gerespecteerd, ik kan hier goed onder vier ogen praten'. Ook wordt over ABC-hulpverleners het volgende gezegd: 'ze weten veel, hebben veel verstand van de problemen die de mensen hebben. En iedereen heeft zijn eigen specialisatie: Anouck weet veel van de pillen, Venu van trajecten'. Ook een kritische noot van een cliënt: 'ik zou meer een gelijke behandeling willen, ik werd niet geholpen met het naar boven brengen van mijn prullenbak. Ik kon het zelf, maar als je je eerste dag op ABC hebt, dan hoort alles op je kamer te staan'.

Op de open vraag van de GGz-Thermometer zijn de volgende antwoorden gegeven: 'strenger zijn ten aanzien van drugs' en: 'meer ervaringsdeskundigen, het is fijn om te weten dat het goed kan komen, dat geeft hoop aan cliënten'.

- Voelen cliënten zich veilig en op hun gemak?

In de groepsinterviews met klinische cliënten zeggen nagenoeg alle cliënten zich veilig en op hun gemak te voelen. Een persoon geeft aan: 'in het begin iets minder, maar dat lag aan het wennen'. En een andere zegt: 'ik voel me soms niet helemaal veilig, dan is er te weinig hulp aanwezig bij ruzies, dan hoor ik geluiden van buiten en hoor een medecliënt zeggen dat hij stalkers hoort'.

Zes van de 21 cliënten die de GGz-Thermometer hebben ingevuld voelen zich wel eens onveilig in of rond de gebouwen van Altrecht. Uit deze vragenlijst niet duidelijk op welke gebouwen met doelt, en wat maakt dat ze zich niet veilig voelen.

- Wordt de familie voldoende betrokken bij de behandeling?

De meeste geïnterviewde familieleden vinden dat zij voldoende betrokken worden: 'ja, in de structuur is dit voldoende vormgegeven', zo vertelt een moeder. En: 'ja, ik word wekelijks gebeld en dat vind ik echt een pluspunt. Bij bijzonderheden word ik ook gebeld; ze ondernemen veel zelf om contact te houden', aldus een andere moeder.

Ook noemen familieleden punten van verbetering. Zo vindt een moeder dat er tussendoor juist meer contact mag zijn: 'in het tussendoor-gebeuren mag dat meer, want daar gaat het juist om. Er is dan geen duidelijkheid en dan gaat het mis. Dat zie ik in kleine dingen, zoals een woonvorm aanvragen (onze zoon woont formeel nog thuis), dan komt de post allemaal hier, en het PGB: wie doet wat en wie is verantwoordelijk? Dat is dan niet duidelijk'. Een moeder met een ander verbeterpunt: 'wel zou ik het fijn vinden als er meer

ouderbijekomsten zijn, want ik heb wel behoefte aan lotgenotencontact om met ouders ervaringen uit te wisselen en tips te krijgen'. Overigens lopen in ABC sinds enkele jaren zogenaamde Multi-Family Groups waar elke twee weken circa zeven gezinnen bij elkaar komen om ervaringen uit te wisselen en elkaar tips te geven. Daarnaast zijn er drie maal per jaar familieavonden.

Cliënten ondersteunen ook de betrokkenheid van hun familieleden. *'Dat vind ik goed. Zeker wanneer je thuis woont is het handig als de rest van het gezin weet wat er gaande is en hoe ze kunnen helpen'*, aldus een cliënt. En een andere cliënte: *'dan hebben de anderen meer begrip voor wat je hier doet. Het is wel fijn: dan krijgen ze te horen wat er aan de hand is'*, en een derde cliënte: *'ze snappen dan beter dat je een ziekte hebt'*. Hoewel sommige cliënten het ABC-beleid geheel ondersteunen (*'ik vind het gewóón, zoals ABC doet: logisch dat je je ouders erbij betreft'*), vinden andere cliënten de betrokkenheid van familie soms wel wat te ver gaan. Zo illustreert een cliënt: *'ik maakte een keer een uitglijder met blowen, en toen is dat meteen aan mijn moeder verteld. Dat vond ik niet relaxed. Dat ABC dingen vertelt vind ik ergens wel goed. Maar aan de andere kant hoven ze ook niet álles te vertellen'*. Een cliënte valt hem bij: *'het is toch ook belangrijk dat je zelfstandig wordt?! Zij hoeven niet alles te weten. Alleen maar omdat wij ziek zijn, zou nu wel alles aan hen worden verteld?!'*. Als tip geven zij aan ABC: *'ik zou willen dat zij van te voren zeggen dat ze iets met mijn ouders gaan bespreken'*. Een enkele keer houdt een cliënt vol dat zijn familie niet betrokken wordt: *'nu respecteert ABC dat wel. Maar in eerste instantie gingen ze me pushen om de band aan te halen met mijn moeder. Dan zeg ik: "je weet niet waar je over praat!"'. Ik wil niet dat zij betrokken word'*. Op de vraag wat deze cliënt van het ABC-beleid vindt om familie toch zoveel mogelijk te betrekken, antwoordt hij positief: *'in zijn algemeenheid vind ik dat wel een goed plan'*.

- Is er zicht op de klachten over het functioneren van ABC?

In 2010 zijn er vijf klachten binnengekomen, deze zijn allen schriftelijk vastgelegd. De klachten zijn door de afdelingsleiding behandeld. Vier klachten zijn na overleg opgelost. In een geval is begin 2011 de afhandeling van de klacht nog lopende.

- Valt het ziekteverzuim binnen de normen?

Het ziekteverzuim in 2010 was 4,39%, dat is ongeveer gelijk aan het percentage van vorig jaar (4,35%) en wat lager in vergelijking met de divisie Willem Arntz (4,85%) en Altrecht (4,83%). Er is geen verzuimnorm gesteld. Het ziekteverzuim sinds 2005 was achtereenvolgens per jaar: 2,8%, 7,9%, 3,9%, 3,7% en 4,35%.

- Hoeveel interne en externe audits zijn er?

In 2010 zijn vier interne audits afgenomen bij ABC. De audits hadden betrekking op 1) medicatie, UDS en somatiek; 2) behandelplaneluvaluatie; en 3) deskundigheidsbevordering. Altrecht heeft als doelgesteld dat iedere afdeling twee interne audits moet afnemen. Aan deze norm is voldaan. Van alle audits is een verslag aanwezig, de resultaten zijn met het management besproken en de te nemen acties zijn op de actieverbeterpuntenlijst vermeld.

In 2009 waren er zes interne audits, in 2008 waren dit er acht. In 2007 zijn er zeven interne audits geweest en een externe audit (door *Lloyd's Register*). In 2006 waren er zes interne en een externe audit, in 2005 waren er tien interne en twee externe audits.

4. Wat is de meerwaarde van ABC?

De vraag over de meerwaarde van ABC valt in meerdere deelvragen uiteen. In dit hoofdstuk worden deze deelvragen besproken. In hoofdstuk 5 zullen de vragen over het functioneren en de meerwaarde van ABC als geheel beantwoord worden.

- Hebben cliënten minder last van psychotische symptomen?

In de vragenlijst *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) is een schaal opgenomen over 'problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen' in de laatste twee weken. Het blijkt dat in 2010 bij 39% van de cliënten, in de twee weken voordat de persoonlijk begeleider/casemanager de vragenlijst invulde, sprake was van problemen als gevolg van hallucinaties of waanvoorstellingen. Deze problemen variëren van 'ondergeschikt' tot 'ernstig' (zie tabel 5). In 2009 gold dit voor 34% van de cliënten. In 2004 tot en met 2006 waren deze percentages wat hoger (niet significant), namelijk achtereenvolgens 50%, 52%, 42%, 49%. In 2008 was het met 32% iets lager.

Tabel 5. *Het percentage ABC-cliënten met problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen in de laatste twee weken (item 6 uit de HoNOS) en de gemiddelde scores volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 t/m 2010*

	2004 n=28	2005 n=50	2006 n=67	2007 n=90	2008 n=72	2009 n=68	2010 n=134
0: geen probleem	50%	48%	58%	51%	68%	66%	61%
1: ondergeschikt probleem	14%	12%	10%	14%	8%	7%	11%
2: licht probleem	29%	22%	19%	22%	10%	16%	14%
3: matig ernstig probleem	7%	16%	10%	9%	8%	7%	9%
4: ernstig probleem	-	2%	2%	3%	6%	3%	5%
gemiddelde score (tussen 0 en 4)	1,2	1,1	0,9	1,0	0,8	0,7	1,0

In het jaar 2010 is er een kleine, niet significante, stijging in het aantal problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen wanneer dit vergeleken wordt met de twee voorgaande jaren.

Met behulp van de CAN wordt naar zorgbehoeften voor psychotische symptomen gevraagd. In 2010 hebben 16% van de cliënten geen zorgbehoeften (meer) bij psychotische symptomen. De jaren daarvoor was dit respectievelijk 12%, 13% en nog langer geleden varieerde dit tussen de 2% en 7%.

Bij de 147 cliënten met twee HoNOS-metingen, waar gemiddeld ruim 2 jaar tussen zit, lijkt er geen verschil te zijn tussen beide metingen. Ook bij het item van de CAN blijkt er geen verschil te zitten tussen de eerste en de laatste meting wat betreft psychotische symptomen. Van de cliënten met twee metingen blijven in 54% de problemen als gevolg van psychotische symptomen gelijk, bij 21% nemen de problemen toe, en bij 24% nemen de problemen af. Deze percentages komen overeen met de zorgbehoeften voor psychotische symptomen. In 52% van de gevallen blijft de zorgbehoefte gelijk, bij 21% neemt de zorgbehoefte toe, en bij 27% neemt de zorgbehoefte af.

In een exitgesprek licht een cliënte toe: *'Ik heb leren omgaan met het probleem, de ziekte is een deel van mij dat ik nu accepteer en weet hoe ik ermee om moet gaan. Ik moet gewoon een beetje beter opletten op mijzelf.'* En een andere cliënt zegt: *'Ik kwam binnen als een heel sip persoon, er is bizar veel veranderd. Van alle problemen waarmee ik hier binnen kwam heb ik 80% gefixt. Nu is het minder chaotisch en heb ik meer controle over mijzelf'*.

Er is geen significante correlatie tussen het item van de HoNOS en de duur van de verbondenheid aan ABC ($r=0,44$; $n=496$). Ook is er geen correlatie tussen het item van de CAN over psychotische symptomen en de duur van de verbondenheid aan ABC ($r=0,083$; $n=508$).

Samenvattend: de psychotische problematiek lijkt zich te stabiliseren. Er lijkt gemiddeld genomen geen vooruitgang, maar ook geen achteruitgang in de psychotische symptomen.

- Hebben de cliënten minder last van andere psychiatrische symptomen?

In de twee weken voorafgaand aan het invullen van de HoNOS werden er in 2010 bij 51% van de cliënten depressieve klachten waargenomen, variërend in ernst van ondergeschikt probleem tot ernstig probleem. In de voorgaande jaren waren deze percentages als volgt: 54% (2004), 52% (2005), 56% (2006), 52% (2007), 62% (2008) en 57% (2009). Zie tabel 6.

Tabel 6. *Het percentage ABC-clënten met problemen met depressieve stemming in de laatste twee weken (item 7 uit de HoNOS) en de gemiddelde score volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 t/m 2010*

	2004 n=28	2005 n=50	2006 n=66	2007 n=90	2008 n=72	2009 n=67	2010 n=134
0: geen probleem.	46%	48%	44%	48%	38%	43%	49%
1: ondergeschikt probleem	14%	32%	35%	36%	28%	31%	28%
2: licht probleem	39%	12%	17%	12%	24%	19%	19%
3: matig ernstig probleem	-	8%	6%	4%	10%	3%	2%
4: ernstig probleem	-	-	-	-	1%	3%	1%
gemiddelde score (tussen 0 en 4)	0,9	0,8	0,8	0,7	1,1	0,9	0,8

Bij de cliënten met twee metingen blijven de depressieve klachten gemiddeld hetzelfde. Nader gespecificeerd: bij 45% blijven de depressieve klachten gelijk, bij 25% zijn deze toegenomen en bij 29% afgenomen (n=143). Tussen 'problemen met depressieve stemming' en de duur van de verbondenheid aan ABC is geen significante correlatie ($r=0,07$; $n=495$).

Cognitieve problemen in de laatste twee weken, komt in 2010 bij 50% van de cliënten voor (in vergelijking met de voorgaande jaren: 49% in 2009, 46% in 2008, 49% in 2007, 46% in 2006, 44% in 2005 en 38% in 2004). Met betrekking tot cognitieve problemen en andere psychiatrische problemen als agressief en hyperactief gedrag, problematisch alcohol en drugsgebruik, overige psychische en gedragsproblemen, en maniforme ontremming zijn geen veranderingen tussen de eerste en laatste meting. Dit geldt ook voor de HoNOS-totaalscore.

De gemiddelde totaalscore op de HoNOS in 2010 is 9,7 (sd 7,1; $n=132$) wat niet significant verschilt van die in de voorafgaande jaren (in 2009 was dit 8,9; in 2008 9,0; in 2007 7,8; in 2006 7,8; in 2005 7,5; in 2004 7,1).

Bij cliënten met twee metingen ($n=146$) verschilt de totaalscore op de HoNOS bij de eerste meting (8,2) niet significant van de totaalscore bij de tweede meting (8,9).

- Zijn er zo min mogelijk suïcides?

Er waren in 2010 bij ABC geen suïcides. Wel hebben twee cliënten een suïcidepoging ondernomen, van wie bij één 'wel een stuk of tien keer', volgens haar psychiater. Suïcide is vaak een onderwerp van gesprek, zo blijkt uit het medewerkersinterview. De teamleider geeft aan dat het suïcideprotocol wordt toegepast, en: 'ik vraag altijd door', aldus een casemanager. Als verbeterpunt wordt genoemd: 'wat beter kan is dat bij een vermoeden van suïcidaliteit er altijd met een arts wordt kortgesloten. Er is dan een overlegverplichting'.

In 2009 waren er vier suïcidepogingen en een daadwerkelijke suïcide. In 2008 en in 2007 waren er drie suïcidepogingen, in 2006 waren er geen en in 2005 twee. Sinds de start van ABC medio 2002 zijn er in totaal 2 suïcides geweest.

- Zijn cliënten meer tevreden over hun kwaliteit van leven?

Om een indruk te krijgen van de kwaliteit van leven is aan cliënten gevraagd om de MANSa in te vullen. Dit heeft betrekking op 12 items die elk worden gescoord op een schaal die loopt van 0 ('zeer ontevreden') tot 6 ('zeer tevreden'). De gemiddelde scores op deze items staan in tabel 7 vermeld. De eerste zes items zijn sinds 2004 gebruikt. Sinds 2008 is dit uitgebreid tot 12 items.

Tabel 7 Gemiddelde scores van ABC-cliënten op items inzake kwaliteit van leven, en de tevredenheid met de professionele hulp, in 2004 t/m 2010

van 0 ('zeer ontevreden') tot 6 ('zeer tevreden')	ABC						
	2004 n=29	2005 n=48	2006 n=62	2007 n=92	2008 n=53	2009 n=54	2010 n=59
leven als geheel	3,5	3,8	3,5	3,7	3,4	3,8	3,7
woonsituatie	4,0	4,2	4,2	4,0	3,5	3,9	4,1
sociale relaties	3,6	3,7	3,5	3,7	3,7	3,9	4,0
lichamelijke gezondheid	3,9	3,7	3,9	3,7	3,7	3,9	4,1
psychische gezondheid	3,7	3,4	3,5	3,7	2,9	3,1	3,4
huisgenoten/alleen wonen	-	-	-	-	3,9	4,0	4,5
dagbesteding	-	-	-	-	3,4	3,8	3,9
persoonlijke veiligheid	-	-	-	-	4,0	4,4	4,5
relatie met familie	-	-	-	-	4,1	4,5	4,8
uw relatie/geen relatie	-	-	-	-	3,4	3,2	3,7
seksuele leven	-	-	-	-	3,0	3,3	3,6
financiële situatie	-	-	-	-	3,0	3,4	3,4
professionele hulp	4,5	4,5	4,9	4,7	4,3	4,7	5,0

Met uitzondering van het item over de tevredenheid met het leven als geheel lijken alle scores iets hoger uit te vallen dan voorgaande jaren. De totaalscores voor 2010 en 2009 verschillen niet significant van elkaar. De totaalscore is in 2010 wel hoger dan die in 2008 (in 2008 totaal 42,1 versus in 2010 totaal 47,4; $t=2,3$; $p=0,03$; $n=106$).

Bij de cliënten met twee metingen zijn in de gemiddeld twee jaar tussen deze twee metingen geen veranderingen zichtbaar.

- Hoe waarden de cliënten het resultaat van de behandeling?

Cliënten lijken tevreden te zijn over het resultaat van de behandeling. In tabel 8 staan de percentages 'ja'-antwoorden beschreven die betrekking hebben op het resultaat van de behandeling. In 2010 lijken cliënten meer tevreden te zijn over het resultaat van de behandeling dan in andere jaren, wat met name geldt voor het meer greep hebben op problemen (dat significant toeneemt van 71% naar 95%; $p=0,04$; $n=69$), en op het beter omgaan met uw problemen (significante toename van 62% naar 89%; $p=0,03$; $n=69$). Ook vergeleken met geheel Altrecht lijken de ABC cliënten meer tevreden inzake greep krijgen op de problemen, en het beter om kunnen gaan met uw problemen (zie tabel 8).

Tabel 8. Cluster resultaat van de behandeling of begeleiding: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-cliënten in 2004 t/m 2010 versus Altrecht-cliënten in 2010

	ABC							Altrecht 2010 n=2690
	2004 n=24	2005 n=47	2006 n=70	2007 n=88	2008 n=48	2009 n=49	2010 n=19	
- het plan naar wens uitgevoerd	91%	95%	93%	91%	87%	90%	80%	86%
- de juiste aanpak	74%	82%	86%	89%	77%	84%	89%	85%
- meer greep op problemen	65%	74%	74%	77%	65%	71%	95%	82%
- vooruit gegaan	70%	75%	73%	80%	68%	74%	84%	82%
- beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt	50%	69%	60%	77%	77%	71%	84%	80%
- beter omgaan met uw problemen	54%	67%	63%	64%	71%	62%	89%	80%

Bij de cliënten met twee metingen zijn er geen significante verschillen in de tevredenheid op de items aantoonbaar, hoewel er een tendens lijkt dat beter kan worden omgegaan met mensen en situaties ($p=0,06$; $\chi^2=4,6$; $n=62$) en men beter in staat is om dingen te doen die men belangrijk vindt ($p=0,09$; $\chi^2=4,1$; $n=62$).

De vraag of een cliënt een ander zou aanraden om hulp te zoeken bij deze instelling, werd in 2010 met 86% niet significant hoger met 'ja' beantwoord dan in 2009 (met 81%; zie tabel 9).

Tabel 9. Antwoorden op: "Zou u een ander aanraden hulp te zoeken bij deze instelling?"
van ABC-cliënten in 2004 t/m 2010 (absoluut en percentageel) versus Altrecht cliënten in 2010

	ABC							Altrecht 2010 n=2690
	2004 n=23	2005 n=42	2006 n=60	2007 n=89	2008 n=50	2009 n=48	2010 n=22	
ja	16 (70%)	38 (90%)	56 (93%)	84 (94%)	41 (82%)	93 (81%)	19 (86%)	89%
nee	7 (30%)	4 (10%)	4 (7%)	5 (6%)	9 (18%)	9 (19%)	3 (14%)	11%

Een andere manier voor cliënten om de waardering voor de behandeling en begeleiding te laten blijken, is het geven van rapportcijfers. In de GGz Thermometer wordt hier naar gevraagd. De rapportcijfers in 2010 staan ter vergelijking met voorgaande jaren in tabel 10 weergegeven.

Tabel 10. Antwoorden op: "Welk rapportcijfer zou u geven voor de totale behandeling of begeleiding?"
door cliënten van ABC absoluut en in percenten, in 2004 t/m 2010

	2004 n=24	2005 n=47	2006 n=61	2007 n=90	2008 n=52	2009 n=50	2010 n=21
cijfer 4 en lager	-	-	-	3 (3%)	-	-	-
cijfer 5	-	1 (2%)	2 (3%)	-	2 (4%)	2 (4%)	-
cijfer 6	3 (13%)	5 (13%)	6 (8%)	8 (9%)	8 (15%)	5 (10%)	3 (14%)
cijfer 7	13 (54%)	15 (32%)	18 (30%)	23 (26%)	15 (29%)	14 (28%)	2 (10%)
cijfer 8	6 (25%)	20 (43%)	22 (36%)	36 (40%)	18 (35%)	21 (42%)	7 (33%)
cijfer 9	2 (8%)	5 (11%)	10 (16%)	14 (16%)	6 (12%)	6 (12%)	6 (29%)
cijfer 10	-	-	4 (7%)	6 (7%)	3 (6%)	2 (4%)	3 (14%)
gemiddeld	7,3	7,5	7,7	7,7	7,5	7,6	8,2

Het gemiddelde rapportcijfer van 8,2 in 2010 is (net) niet significant hoger dan het gemiddelde van 7,6 in 2009 ($p=0,053$; $t=2,0$; $n=71$). Ter vergelijking: het gemiddelde van Altrecht als geheel is 7,6.

- Zijn de zorgbehoeften van de cliënten afgenomen?

De zorgbehoeften worden uit een lijst van 25 zorgbehoeften via een interview met de cliënten en een interview met hun persoonlijk begeleider of casemanager in beeld gebracht. Voor 2008 werden betrouwt dit 24 zorgbehoeften, vanaf 2008 is er een vraag aan toegevoegd. De zorgbehoeften kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën, te weten: onvervulde zorgbehoeften (score 2), vervulde zorgbehoeften (score 1) of geen zorgbehoeften (score 0). Bij een verschil van mening tussen de cliënt en de hulpverlener geldt de hoogste score. Zie tabel 11 voor de gemiddelde scores per jaar.

Tabel 11. Gemiddeld aantal zorgbehoeften per jaar op basis van 24 vragen over zorgbehoeften

	2004 n=29	2005 n=50	2006 n=67	2007 n=95	2008 n=66	2009 n=71	2010 n=134
totaal aantal zorgbehoeften	10,1	8,8	9,1	8,3	10,2	9,8	9,1
aantal vervulde zorgbehoeften	3,9	4,5	5,0	4,7	5,5	6,0	5,6
aantal onvervulde zorgbehoeften	6,3	4,2	4,0	3,6	4,7	3,8	3,6

Er zijn geen significante verschillen tussen het gemiddelde aantal ((on)vervulde) zorgbehoeften van 2009 en 2010.

In tabel 12 staan de meeste onvervulde zorgbehoeften van 2010 vermeld, met de bijbehorende vergelijkingen van de voorgaande jaren.

Tabel 12. Het percentage ABC-cliënten en/of hun directe begeleiders geordend naar de tien meest onvervulde zorgbehoeften in 2010 en de percentages van voorgaande jaren

	2004 (n=29)	2005 (n=51)	2006 (n=67)	2007 (n=95)	2008 (n=73)	2009 (n=69)	2010 (n=136)
activiteiten	62%	37%	39%	34%	56%	38%	51%
zingeving/herstel/rehabilitatie	-	-	-	-	47%	35%	44%
gezelschap	59%	41%	44%	45%	37%	33%	36%
psychisch onwelbevinden	38%	31%	35%	37%	51%	48%	36%
psychotische symptomen	24%	29%	28%	31%	27%	33%	28%
betaald werk	35%	12%	22%	17%	37%	13%	25%
informatie over behandeling	48%	33%	21%	27%	33%	19%	23%
intieme relaties	41%	16%	13%	35%	22%	21%	20%
drugs	35%	14%	17%	17%	24%	18%	18%
huisvesting	14%	8%	15%	15%	16%	26%	15%

De belangrijkste onvervulde zorgbehoeften hebben betrekking op rehabilitatie, namelijk: activiteiten (51% van de cliënten), zingeving/herstel/rehabilitatie (44%) en gezelschap (36%). Op plaats 4 en 5 staan stoornis-gerelateerde items: psychisch onwelbevinden (in 2009 nog nummer 1 met 48%, nu 36%) en psychotische symptomen (28%). In 2009 waren deze vijf, in een andere volgorde, ook de vijf belangrijkste onvervulde zorgbehoeften.

Bij de 150 cliënten met twee metingen (T1 en T2) neemt in de twee jaar tussen de metingen het totaal aantal zorgbehoeften significant af ($p=0,01$; $t=2,5$; $n=150$; $\eta^2=0,04$). Ook daalt het aantal onvervulde zorgbehoeften significant en sterk ($p=0,000$; $t=4,2$; $n=150$; $\eta^2=0,11$), terwijl het aantal vervulde zorgbehoeften gelijk blijft.

Het sterkste komt de daling van de zorgbehoeften tot uiting bij de *informatie over de behandeling*, bij de *uitkeringen*, bij de *financiën* en bij de *nevenwerkingen van de medicatie*. Daarnaast is er ook een significante daling van de zorgbehoefte omtrent *psychisch onwelbevinden*.

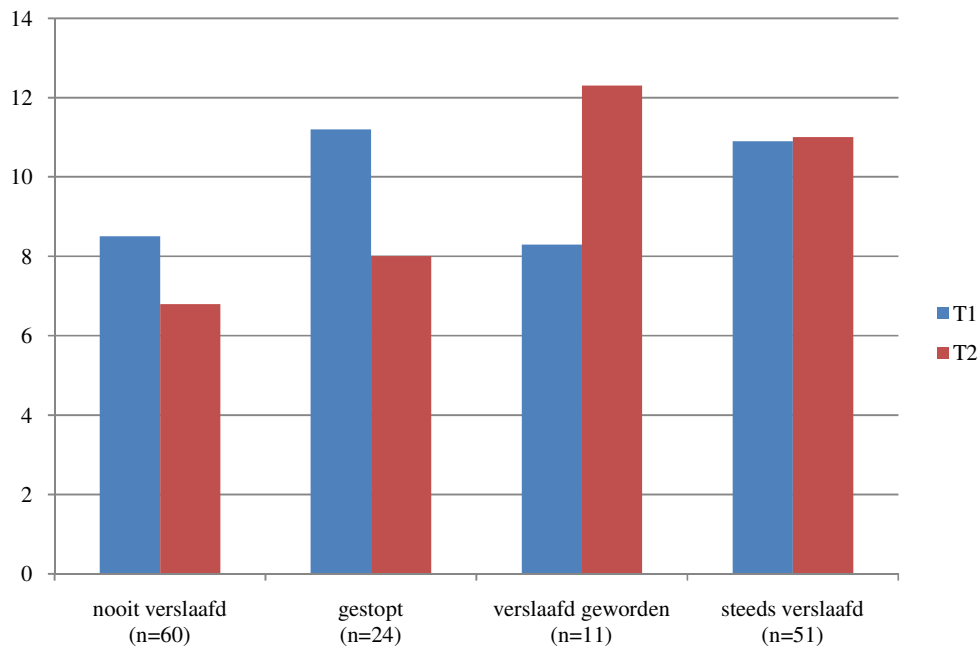
Er is een opvallend verschil tussen cliënten die verslaafd zijn en de cliënten die dat niet zijn. De 11 cliënten die tussen T1 en T2 verslaafd zijn geworden kregen veel meer zorgbehoeften. Bij de 24 cliënten die stopten daalden de zorgbehoeften zeer sterk. Ook bij de 60 cliënten die nooit waren verslaafd ging het aantal zorgbehoeften sterk omlaag. De cliënten die steeds verslaafd waren hadden een onverminderd hoog aantal zorgbehoeften (zie tabel 13).

Tabel 13. Het gemiddeld totaal aantal zorgbehoeften van CAN-items 1 t/m 24 van dezelfde ABC-cliënten op T1 en op T2 (gemiddeld 2 jaar later) en de statistische toetsing ($n=150$) onderverdeeld naar cliënten die op T1 en T2 niet verslaafd zijn, gestopt zijn, verslaafd geworden zijn en steeds verslaafd zijn

	verandering tussen T1 en T2	gemiddeld aantal zorgbehoeften op T1 en T2, en de statistische toetsing
alle ABC-cliënten samen	matige daling	van 9,7 naar 8,8; $n=150$; $p=0,012$; $t=2,5$; $\eta^2=0,04$
nooit verslaafd	sterke daling	van 8,5 naar 6,8; $n= 60$; $p=0,001$; $t=3,5$; $\eta^2=0,17$
gestopt	zeer sterke daling	van 11,2 naar 8,0; $n= 24$; $p=0,001$; $t=4,0$; $\eta^2=0,40$
verslaafd geworden	zeer sterke stijging	van 8,3 naar 12,3; $n= 11$; $p=0,012$; $t=3,1$; $\eta^2=0,47$
steeds verslaafd	gelijk	van 10,9 naar 11,0; $n= 51$; niet significant

Op een grafische wijze is dit in figuur 1 weergegeven.

Figuur 1. Het gemiddeld totaal aantal zorgbehoeften van ABC-cliënten die op T1 en T2 niet verslaafd waren, op T2 verslaafd zijn geworden, op T2 zijn gestopt en op beide metingen verslaafd waren



- Hebben familieleden voldoende informatie gekregen?

Familieleden laten zich positief uit: *'ja, ik vind dat ik voldoende informatie heb gekregen. Vooral de vijf bijeenkomsten met psychoeducatie speciaal voor familie. Ook als ik samen met mijn zoon kom, krijg ik genoeg informatie'*. Een andere ouder voegt toe: *'bij vragen kan ik bellen'*, echter ook met kanttekeningen: *'als je soms belt dan ken je degene weer niet, maar ik denk dat daarin niet veel veranderd zou kunnen worden'*. Een moeder is voor een uitbreiding van informatie: *'dan gaat het om relaties binnen het gezin, hoe kun je elkaar steunen'*.

- Zijn cliënten in zorg gehouden?

Gezien de aard van de problematiek is het belangrijk dat ABC zich inzet om het contact met de cliënten in stand te houden. Wanneer een cliënt het contact laat verwateren of verbreekt terwijl dit gezien zijn gezondheids-toestand onwenselijk is, stelt ABC zich proactief op. De doelstelling is om het niet voor te laten komen dat het contact met de cliënt stopt terwijl dit onwenselijk is. Er zijn in 2010 geen cliënten uit ABC-zorg gegaan van wie de medewerkers dit onwenselijk vonden.

In 2010 zijn er in de laatste twee weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst HoNOS bij 53% van de cliënten (enige) problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor de behandeling (zie tabel 14), wat niet significant verschilt met de voorafgaande jaren.

Tabel 14. Het percentage cliënten met problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor de behandeling in de laatste twee weken (item 2 uit de HoNOS-addendum) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 t/m 2010

	2004 n=28	2005 n=50	2006 n=67	2007 n=91	2008 n=72	2009 n=69	2010 n=132
0: geen probleem	43%	50%	48%	60%	56%	52%	47%
1: ondergeschikt probleem	18%	10%	12%	9%	8%	12%	12%
2: licht probleem	25%	24%	25%	25%	28%	20%	20%
3: matig ernstig probleem	14%	12%	10%	2%	6%	12%	11%
4: ernstig probleem	-	4%	5%	3%	3%	4%	10%
gemiddelde score (tussen 0 en 4)	1,1	1,1	1,1	0,8	1,1	1,0	1,3

In 2010 had 28% van de cliënten (enig) gebrek aan medicatietrouw. De problemen met de medicatietrouw verschillen niet significant met voorgaande jaren (zie tabel 15).

Tabel 15. Het percentage cliënten met problemen ten gevolge van een gebrek aan medicatietrouw in de laatste twee weken (item 3 uit de HoNOS-addendum) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 t/m 2010

	2004 n=27	2005 n=50	2006 n=76	2007 n=89	2008 n=69	2009 n=69	2010 n=132
0: goede medicatietrouw	46%	56%	64%	73%	64%	80%	72%
1: redelijke medicatietrouw	29%	34%	22%	16%	16%	6%	10%
2: matige medicatietrouw	14%	6%	8%	6%	10%	9%	12%
3: geringe medicatietrouw	-	2%	5%	-	3%	1%	4%
4: geen medicatietrouw	7%	2%	2%	6%	7%	4%	2%
gemiddelde score (tussen 0 en 4)	0,9	0,6	0,6	0,5	0,7	0,4	0,5

- Gaat het functioneren vooruit met betrekking tot de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving?

De primaire maat voor rehabilitatie heeft betrekking op de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving. De vragenlijst die dit in beeld brengt, wordt ingevuld door de medewerker die de cliënt het beste in zijn dagelijks functioneren van nabij kent. Het gemiddelde activiteiten- en participatieniveau van de totale groep cliënten in 2010 verschilt niet van die in 2009 en 2008.

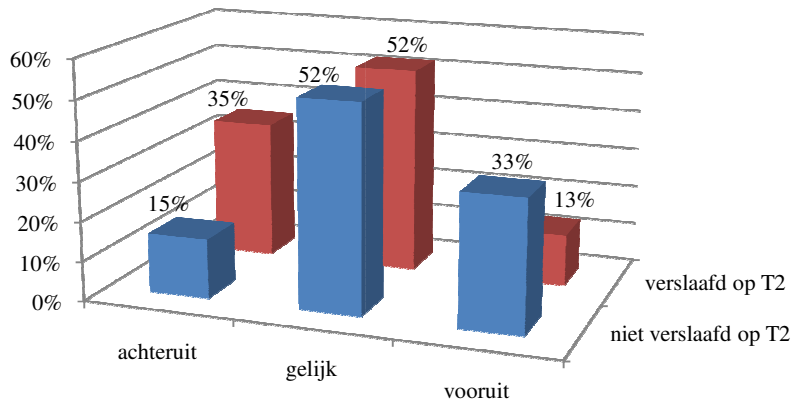
Bij de cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn, blijkt hun activiteiten- en participatieniveau te stijgen. Op een schaal van 0 tot 74 stijgt dit in gemiddeld ruim 2 jaar van 59,1 op T1 naar 61,3 op T2 (significant: $p=0,01$; $t=2,5$; $n=139$). Dit is een matig/gemiddeld effect ($\eta^2=0,04$).

- Hoeveel cliënten gaan vooruit en hoeveel achteruit?

Over de verschillende uitkomstmaten heen² blijkt dat, gedurende de 2 jaar dat cliënten aan ABC verbonden zijn, zijn 52% van de cliënten gelijk is gebleven, 25% vooruit is gegaan en 23% achteruit is gegaan. Opvallend is dat deze percentages sterk verschillen tussen cliënten die op T2 al dan niet verslaafd zijn (zie figuur 2).

² Dit heeft betrekking op het totaal aantal zorgbehoeften van de CAN, de Vragenlijst functioneringsniveau, de totaalscore van de HoNOS, en de totaalscore van zes MANSAs-items: als er twee (of meer) van deze lijsten meer dan een halve standaard deviatie stijgen dan dalen, is de persoon aangemerkt als vooruit te zijn gegaan, en omgekeerd.

Figuur 2. Percentage cliënten dat tussen T1 en T2 achteruit is gegaan, gelijk is gebleven of vooruit is gegaan, apart weergegeven voor cliënten die op T2 verslaafd zijn (n=60) en niet verslaafd zijn (n=86)



Van de cliënten die op T2 verslaafd waren blijkt 13% beter de functioneren dan ruim 2 jaar eerder, terwijl dit bij de niet-verslaafden 33% is. Van een achteruitgang is sprake bij 35% van de verslaafde cliënten tegen 15% van de niet-verslaafde cliënten.

5. Beschouwing

Dit monitoringsonderzoek startte in 2004. Voorliggend verslag heeft betrekking op 2010 en vergelijkt de bevindingen met die uit de voorafgaande jaren. Hiervoor zijn cliënten, familieleden en medewerkers via interviews en vragenlijsten benaderd. Na de samenvatting komen de beperkingen van het onderzoek en het vervolg aan de orde.

Samenvatting

Medio 2004 is het onderzoek van start gegaan dat fungeert als kwaliteitsmonitor van ABC. De eerste vraagstelling is: *'Functioneert ABC zoals is bedoeld?'* en de tweede vraagstelling: *'Wat is de meerwaarde van ABC?'*. De vraagstellingen vallen elk uiteen in verschillende onderwerpen.

Het blijkt dat ABC functioneert zoals is bedoeld. De doelstelling van ABC is de laatste jaren aangepast: ABC is nu ook gericht op jongeren met een psychotische kwetsbaarheid bij wie de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat, en op jongeren die tussen wal en schip (dreigen te) vallen, en (gericht op primaire preventie en op vroegsignalering) bij wie een psychotische stoornis vermoed wordt. In 2010 is het aantal ABC-clieñten stabiel gebleven. In totaal heeft ABC op 1 januari 2010 166 cliënten in zorg. Het aantal klinisch bedden is met 6 verminderd tot 14.

ABC is innovatief. Dit blijkt het meest concreet uit de volgende vier activiteiten:

- 1) familiebegeleiding in groepen (volgens het model van McFarlane);
- 2) bemoeirehabilitatie bij zorgwekkend inactieve jongeren door middel van studenten psychologie die daarvoor worden vergoed en over een budget voor activiteiten beschikken (samen met Ypsilon);
- 3) Kijk-op-Irb-Kwaliteit (KIK) waarbij ABC-medewerkers elke vier maanden individuele feedback krijgen met een beoordelingscijfer bij de invoering van een *evidence-based* interventie;
- 4) gaming als vorm van behandeling, waarbij ABC in 2010 een pilot startte.

Bij familiebegeleiding in groepen komt, onder begeleiding, een aantal families elke twee weken bij elkaar voor de duur van enkele jaren. Dit gaat gepaard met wetenschappelijk onderzoek. Recent is een derde groep gestart.

Bemoeirehabilitatie is samen met Ypsilon opgezet voor de meest inactieve jongeren. De eerste resultaten zijn positief (Van den Enden, 2008; Van Wel e.a., 2008). Vervolgonderzoek loopt.

Individuele rehabilitatie is een *evidence based*-interventie die cliënten ondersteunt bij het realiseren van hun eigen doelen. ABC-medewerkers van wie verwacht wordt dat zij rehabilitatietrajecten uitvoeren, zijn om de vier maanden individueel gemonitord. Naast inhoudelijke opmerkingen bij de trajecten, is elk traject met een cijfer beoordeeld. Deze scores kwamen indien nodig terug in de jaargesprekken. Deze aanpak staat beschreven in het protocol *Kijk op Irb-Kwaliteit (KIK)* (Van Wel & Marquenie, 2008). Sindsdien is het aantal trajecten toegenomen en is de gemiddelde kwaliteit van de trajecten gestegen. Dit leidt tot een afname van de zorgbehoeften en daarmee tot een reductie van kosten. Met subsidie van ZonMW is een project gestart om dit verder te ontwikkelen, implementeren en onderzoeken.

ABC is gaan experimenteren met het inzetten van spelvormen in de behandeling. Tot nu toe beperkt het zich tot de tweewekelijkse avond waarop het kaartspel Weerwolven wordt gespeeld. Dit leidt tot veel enthousiasme, en de roep om meer. Het verder ontwikkelen van deze *mindset gaming* gebeurt in samenwerking met het lectoraat *Play design* van de Hogeschool van de Kunsten te Utrecht.

Over de resultaten van ABC ('wat is de meerwaarde?') is het opvallend dat bij de 157 cliënten met twee metingen (met gemiddeld ruim 2 jaar tussen deze metingen) de symptomen van de stoornis gemiddeld gelijk blijven. Zowel in algemene zin inzake zorgbehoefte bij psychotische symptomen als ook in meer specifieke zin bij hallucinaties en wanen, blijft de situatie gelijk. Ook andere psychiatrische symptomen zoals depressie, cognitieve problemen, alcohol- en druggebruik, agressief gedrag en lichamelijke problemen, blijven gemiddeld genomen stabiel. Ook de kwaliteit van leven blijft tussen beide metingen gelijk.

ABC lijkt goed aan te sluiten bij de onvervulde zorgbehoeften van cliënten: het gemiddeld aantal onvervulde zorgbehoeften neemt na gemiddeld ruim 2 jaar sterk en significant af. Bijzonder is dat ook het totaal aantal zorgbehoeften van deze cliënten significant daalt.

De ABC-trajectbegeleiders zijn, volgens de normen die bij onderzoek naar IPS gehanteerd zijn, succesvol met hun begeleiding. Van de cliënten met een duidelijke opleidingswens is 86% succesvol; bij betaald werk is dit 93%.

De cliënten zijn onder te verdelen in 23% die in zijn algemeenheid achteruit is gegaan, 52% die ongeveer op een gelijk niveau is blijven functioneren en 25% die vooruit is gegaan. Bij verslaafde cliënten komt vooruitgang minder vaak en achteruitgang vaker voor dan bij niet verslaafde cliënten.

Het rapportcijfer 8+ dat cliënten ABC geven is wat hoger dan de 7,6 van vorig jaar en dan de 7,6 voor geheel Altrecht. Ruim 86% van de cliënten ABC een ander zou aanraden.

De hoofduitkomstmaat van rehabilitatie is het activiteiten- en participatieniveau. Het gemiddelde activiteiten- en participatieniveau van cliënten met twee metingen verbeterde tussen de twee metingen significant.

Resultaten in vogelvlucht

Het aantal ABC-cliënten is in 2010 op 166 stabiel gebleven. De meerwaarde van ABC blijkt, gemiddeld genomen, uit de volgende punten (op basis van 157 cliënten met gemiddeld ruim 2 jaar tussen de 2 metingen):

- de psychotische stoornis blijft gelijk;
- andere psychiatrische stoornissen blijven gelijk;
- het aantal onvervulde zorgbehoeften neemt sterk af;
- de grootste nog aanwezige onvervulde zorgbehoeften betreffen rehabilitatie-onderwerpen;
- het totaal aantal zorgbehoeften neemt af;
- de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving (de hoofduitkomstmaat van rehabilitatie) stijgen sterk;
- 25% van de cliënten gaat duidelijk vooruit (bij niet-verslaafden is dit 33%, bij verslaafden 13%).

Beperkingen van het onderzoek

De onderzoeksresultaten lijken een positief beeld te tonen van de meerwaarde die ABC heeft voor de betrokken cliënten. De meerwaarde kan het beste gemeten worden bij de 157 cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn waarbij er gemiddeld ruim 2 jaar tussen beide metingen zit. Bij de interpretatie van deze resultaten is voorzichtigheid geboden. De belangrijkste beperkingen van het onderzoek zijn:

- 1) over deze cliënten kan men met voldoende zekerheid vaststellen in hoeverre zij zijn vooruitgegaan. Er kan echter niet met voldoende zekerheid gesteld worden dat verbeteringen door ABC zijn veroorzaakt;
- 2) bij de cliënten met twee metingen bedraagt de afstand tussen deze metingen gemiddeld ruim 2 jaar. De afstand tussen de start op ABC en de eerste meting is echter 6,8 maanden (met een gemiddelde afwijking hiervan van 8,7 maanden). Deze 6,8 maanden en de grote gemiddelde afwijking hiervan geven aan dat voorzichtigheid bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten geboden is.

Vervolg

Dit onderzoeksverslag bevat uitdrukkelijk geen beleidsdoelen voor 2011. Het verslag is de basis voor discussie. Naar aanleiding daarvan kunnen verbeterpunten en doelstellingen worden geformuleerd.

Bijlage

De presentaties en soortgelijke activiteiten voor externen staan in schema 1, publicaties van ABC-medewerkers in schema 2 en publicaties/programma's over ABC in schema 3.

Schema 1. Presentaties en soortgelijke activiteiten van ABC-medewerkers vanaf januari 2010 en eventueel personen van buiten ABC naar datum, medewerker, titel van de activiteit, type activiteiten en toehoorders

datum	wie	titel	activiteit	toehoorders
6-01-10	VN	Implementatie van de IRB in teams en afdelingen (totaal dagen, w.o. 2 in 2011)	training	Hanzehogeschool, post-HBO Rehabilitation Counselor te Utrecht
14-01-09	TW	landelijk Platform Jongeren & Rehabilitatie + idem op 24 maart 2009	middag-voorzitter	Platform J&R te Zeist
18-02-10	IS	Multifamily Groups: winst voor cliënt én familie	workshop	<i>Zorg voor mensen met schizofrenie. As the world turns</i> te Ede
18-02-10	MG+MS+TW	item over psychoses in <i>Tijd voor MAX</i>	interview	live televisie op Nederland 2
27-03-10	TW	Jongvolwassenen met een psychose en het belang van IRB	lezing	docentendag St. Rehabilitatie '92 te Baarn
7-04-10	HH+VN	Behandeling en rehabilitatie van jongeren met een psychotische kwetsbaarheid	presentatie	Anoiksis te Utrecht
20-05-10	WS+TW	Effectiever werken aan rehabilitatiedoelen	presentatie	ZONMw te Den Haag
4-6-10	HS+IS	Multifamily Groups: Werken met cliënten met een psychotische stoornis en hun familie in groepsverband.	workshop	congres Multifamilytherapie van de NVRG, Academie De Viersprong, Universiteit van Gent
9-09-10	JR+FM	Kennismaken met zorgpaden	masterclass	Masterclass bipolaire stoornissen te Driebergen
22-09-10	TW	Familiebeleid en de Triadekaart: Best Practice in de langdurige GGz	presentatie	Regieraad Kwaliteit van zorg, bij Vilans te Utrecht
22-09-10	TW	Individuele Rehabilitatie Benadering: Best Practice in de langdurige GGz	presentatie	Regieraad Kwaliteit van zorg, bij Vilans te Utrecht
23-09-10	HH+VN	IRB onmisbaar binnen (F)ACT en een wegwijzer naar een gewoon leven	workshop	(F)ACT-congres <i>Gewoon Leven</i> te Ede
13-10-10	TW	Maatschappelijke participatie door individuele rehabilitatie	dag-voorzitter	Landelijk symposium Jongeren en rehabilitatie, Vredenburg te Utrecht
6-11-10	IS	Aanpakken! Zo krijgt de familie een goede plek in de zorg	presentatie	Ypsilon studiedag te Maarssen
11-11-10	VN	Implementatie van de IRB in teams en afdelingen (totaal 5 dagen, w.o. 3 in 2011)	training	Hanzehogeschool, post-HBO Rehabilitation Counselor te Utrecht
18-11-10	IS	Wie kan zonder familie?!	lezing	Schizofreniecongres <i>De zorg in beweging</i> te Zwolle
18-11-10	JL	Onderzoekspresentaties GROUP	moderator	Schizofreniecongres <i>De zorg in beweging</i> te Zwolle
18-11-10	HH+VN	Rehabilitatie: onmisbaar binnen een behandelsetting!	workshop	Schizofreniecongres <i>De zorg in beweging</i> te Zwolle
22-11-10	TW	Evidence Based Practice en IRB	lezing	docentendag St. Rehabilitatie '92 te Utrecht
9-12-10	TW	ROM en de relevantie voor de praktijk	lezing	Symposium Altrecht Science te Zeist
15-12-10	AD+WL+MD	Samen sterk tegen stigma	workshop	4 ^e rehabilitatiecongres Zo Werkt Het! Meedoen in arbeid en onderwijs.
15-12-10	DK+TW	IPS en IRB: als kat en hond?	workshop	4 ^e rehabilitatiecongres Zo Werkt Het! Meedoen in arbeid en onderwijs.
15-12-10	AK+VN	Meer GGz-jongeren aan de slag	workshop	4 ^e rehabilitatiecongres Zo Werkt Het! Meedoen in arbeid en onderwijs.
15-12-10	TW	Nominatie voor de <i>Douglas Bennett Award</i>	nominatie	4 ^e rehabilitatiecongres Zo Werkt Het! Meedoen in arbeid en onderwijs.
25-01-11	TS	Money for medication: is met geld belonen een goed idee om therapietrouw bij schizofrenie verhogen?	lezing	Symposium Schizofrenie; hoe nu verder? te Poortugaal
31-03-11	TS	TAT: een gerandomiseerde effectstudie bij 109 patiënten met een psychotische stoornis met onvoldoende therapietrouw	workshop	Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie te Amsterdam
04-04-11	TS	Psychologische interventies bij psychose	lesdag	opleiding tot GZ-psychologen
11-04-11	TS	Therapietrouw en motivatietechnieken	bijscholing	Psychiaters van GGNet te Warnsveld
16-04-11	DB+TS	EMDR bij patiënten met stemmen of wanen	workshop	5 ^e Nationale EMDR-congres te Nijmegen

Schema 2. Publicaties vanaf januari 2010 van ABC-medewerkers naar maand, vermelding en type publicatie

datum	verwijzing	type
jan 10	Wel, T.F. (2010). Rehabilitatie: geen kleurloze brij. Over rehabilitatiestromingen in Nederland. <i>Maandblad Geestelijke volksgezondheid</i> , 65, 25-39.	artikel
mei 10	Wel, T. van (2010). 'ABC helpt je bij het bereiken van je eigen doelen'. <i>Onderzoeksverslag over ABC in 2009</i> . Utrecht: ABC.	onderzoeksverslag
maart10	Wel, T. van (2010). Blindelings achter de VS aan lopen... <i>Psy. Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving</i> , 14 (7), 32-33.	opinie
april 10	Korevaar, L., J. Dröes, E. Luijten, J. Kroes & T. van Wel (2010) <i>Aanvraag Master Rehabilitation Counselor</i> . Groningen: Hanzehogeschool.	aanvraag master
juli 10	Siteur, I., & T. van Wel (2010) Recensie van Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Soloman, P. Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation. An Empirical Approach. The Guilford Press, New York, 2008. <i>Tijdschrift voor Psychiatrie</i> , 52 (7), 496-497.	recensie
dec 10	Van Wel, T. & I. Siteur (2010). Recensie van 'L. Spear (2010) The Behavioral Neuroscience of Adolescence New York: W.W. Norton', <i>Tijdschrift voor Psychiatrie</i> , 52(12), 871.	recensie
dec 10	Jong, M. de, B. Sporken & T. van Wel (2010). Het vergeten ggz-milieu. De invloed van het ggz-milieu op de participatie van cliënten. In S. van Rooijen & J. van Weeghel (Red.) <i>Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011. Tweejaarlijks state-of-the-art overzicht van wetenschap en praktijk</i> . Amsterdam: SWP, p. 167-188.	hoofdstuk
dec 10	Wel, T. van (2010). Rehabilitatie: geen kleurloze brij. Over rehabilitatieopvattingen in Nederland. In S. van Rooijen & J. van Weeghel (Red.), <i>Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011. Tweejaarlijks state-of-the-art overzicht van wetenschap en praktijk</i> . Amsterdam: SWP, p. 75-87.	hoofdstuk
dec 10	Staring, A.B.P. & N. van den Berg N (2010). Cognitieve gedragstherapie voor postpsychotische demoralisatie. <i>Directieve Therapie</i> , 30(4), 280-302.	artikel
dec 10	Berg, D. Van den, B. van der Vleugel, A. Staring (2010). Trauma, psychose, PTSS en de toepassing van EMDR. <i>Directieve Therapie</i> , 30(4), 303-328.	artikel
jan 11	Korevaar, L., J. Dröes & T. van Wel (2011). <i>Methodedeschrijving Individuele Rehabilitatie-benadering (IRB). Databank Effectieve Interventies in de Sociale Sector</i> . Utrecht: Movisie – Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.	methodebeschrijving
feb 11	Staring, A.B.P., M. van der Gaag & C.L. Mulder (2011). Recovery style predicts remission at one year follow-up in outpatients with schizophrenia spectrum-disorders. <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i> , 199, 295-300.	artikel
feb 11	Staring, A.B.P., M. van der Gaag, G.T. Koopmans, J.P. Selten, N. van Beveren, A. Loonen, C.L. Mulder (2011). Op maat gesneden interventie bevordert therapietrouw bij psychotische patiënten: een RCT. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> , 155, A3135.	artikel
april 11	Dröes, J., T. van Wel & L. Korevaar (2011). <i>Rehabilitatie en herstel</i> . In: L. Korevaar & J. Dröes (red.). <i>Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn</i> . Bussum: Coutinho, p. 25-36.	hoofdstuk
april 11	Dröes, J., L. Korevaar & T. van Wel (2011). <i>De plaats van rehabilitatie in de hulpverlening. Over kenmerken en competenties</i> . In: L. Korevaar & J. Dröes (red.). <i>Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn</i> . Bussum: Coutinho, p. 69-86.	hoofdstuk
april 11	Wel, T. van & J. Dröes (2011). <i>Rehabilitatie: gerichte ondersteuning van activiteiten en participatie. Over rehabilitatiestromingen in Nederland</i> . In: L. Korevaar & J. Dröes (red.). <i>Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn</i> . Bussum: Coutinho, p. 87-103.	hoofdstuk
april 11	Jong, M. de & T. van Wel (2011). <i>Milieurehabilitatie. Een methode om via de omgeving met maximale betrokkenheid van cliënten hun activiteiten en participatie te vergroten</i> . In: L. Korevaar & J. Dröes (red.). <i>Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn</i> . Bussum: Coutinho, p. 153-168.	hoofdstuk
in press	Staring, A.B.P., E. Blaauw & C.L. Mulder (2011). The effects of Assertive Community Treatment including Integrated Dual Diagnosis Treatment on nuisance acts and crimes in dual-diagnosed patients. <i>Community Mental Health Journal</i> .	artikel

Schema 3. Publicaties en programma's over ABC(-activiteiten) vanaf januari 2010

<i>datum</i>	<i>verwijzing</i>	<i>type</i>
jan 10	Ploeger, D. (2010). Werken aan jezelf is de zwaarste baan ter wereld. SKIPR, januari 2010, p. 46-47 [interview met Marga Figlarz]	interview
mrt 10	Wiel, H. van de (2010). 'Ouder staan vaak heel machteloos'. Netwerk belangrijk bij behandeling psychotische jongeren. <i>Zorg + Welzijn</i> , 16, 32-32. [interview met Jolanda Batist]	interview
aug 10	Kragt, R (2010). Minder machteloos met familie erbij. Winnaar Ypsilon-familiester 2009. <i>Ypsilon Nieuws</i> 26(4), 4-6 [interview met Ingeborg Siteur]	interview
aug 10	Stavenuiter, B. (2010). Grip en regie met Jim van Os en Ingeborg Siteur. Ypsilon Jubileum Studiedag 2010. <i>Ypsilon Nieuws</i> .	bespreking
dec 10	nominatie van Tom van Wel voor de tweejaarlijkse Douglas Bennett Award	nominatie
dec 10	Kolenberg, A. (2010). <i>Goed bezig! GGz jongeren over opleiding en werk</i> . Utrecht: LPGGz, met vijf interviews met cliënten van ABC	interview

ABC-medewerkers: Maarten van Drie (MD), Marga Figlarz (MF), Tessa Franse (TF), Hans den Houdijker (HH), Just van der Linde (JL), Fred Marquenie (FM), Venu Nieuwenhuizen (VN), Angélique de Ridder (AR), Ingeborg Siteur (IS), Tonnie Staring (TS), Wilma Swildens (WS), Tom van Wel (TW).

Anderen: David van den Berg (DB), Parnassia Bavo Groep, Adrienne Dercksen, Fonds Psychische gezondheid (AD), Debby Kamstra, AMC VIP-team (DK), Annemarie Kolenberg, Landelijk Platform GGz (AK), Wouter Langeveld, marketing en communicatie, Altrecht (WL), Michiel Grijpma, Deventer (MG), Janwillem Renes, Altrecht (JR), Hettie Staats, Rivierduinen (HS), Mathilde Santing (MS).

Bezoeken aan ABC en andere betrokkenheid van ABC-medewerkers sinds 1-1-2010

8 maart 2010: werkbezoek van de VVD aan ABC. Dit betreft de Tweede Kamerleden Miltenburg, Zijlstra en Harbers van de Tweede Kamer.

2 april 2010: werkbezoek van de PvdA aan ABC, met name Tweede Kamerlid Lea Bouwmeester.

13 oktober 2010: ABC organiseert i.s.m. de Hanzehogeschool en St. Rehabilitatie '92 een uitverkocht landelijk symposium in zalencentrum Vredenburg te Utrecht getiteld *Maatschappelijke participatie door individuele rehabilitatie*.

23 juni 2010: tegenbezoek aan Lea Bouwmeester in de Tweede Kamer.

23 december 2010: werkbezoek aan ABC door directeur-generaal van SZW mevrouw José Hilgersom en directeur-generaal van VWS de heer Marcelis Boereboom, en beleidsmedewerkers Brenda van der Meer, Ingrid Bakker en Floris de Boer.

4 februari 2011: uitreiking van het eerste exemplaar van het boek *Goed bezig!* van Annemarie Kolenberg door Ronald Gorter (directeur Fonds Psychische Gezondheid), met aanwezigheid van Malik Azmani (Tweede Kamerlid VVD), Linda Voortman (Tweede Kamerlid GroenLinks) en Cynthia Ortega-Martijn (Tweede Kamerlid Christen Unie).

Vanaf januari 2011: enkele werkbezoeken van Rivierduinen.

24 maart 2011: werkbezoek van GGz Breburg.

29 maart 2011: werkbezoek van directeur en collega's van ZonMW.

14 april 2011: werkbezoek van de Bestuursraad van VWS.

Een ABC-medewerker nam deel aan de werkgroep die tot de *update* van de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie kwam.

Twee ABC-medewerkes waren betrokken bij de nieuwe versie van *Psychoeducatie voor mensen met een psychose en hun familieleden*.

Een ABC'er zit namens Altrecht in de deelnemersraad van Kenniscentrum Phrenos.

Drie ABC'ers hebben deelgenomen aan de visitatie van de NVAO ten behoeve van de (succesvolle) aanvraag voor de masteropleiding *Rehabilitation Counselor*.

Twee ABC'ers zijn als docent resp. scriptiebegeleider betrokken bij de post-HBO-opleiding *Rehabilitation Counselor* van de Hanzehogeschool.

Een ABC'er is structureel docent aan de opleiding tot gz-psycholoog.

Sinds februari 2011 verzorgt een ABC-medewerker wekelijks een column over de zorg voor fdselections (behorend bij het Financieel Dagblad).