



ABC - voor jongeren met een psychotische kwetsbaarheid

Bezoekadres: Lange Nieuwstraat 52

Postadres: ABC-straat 8

3512 PX Utrecht

Telefoon: 030-2399070

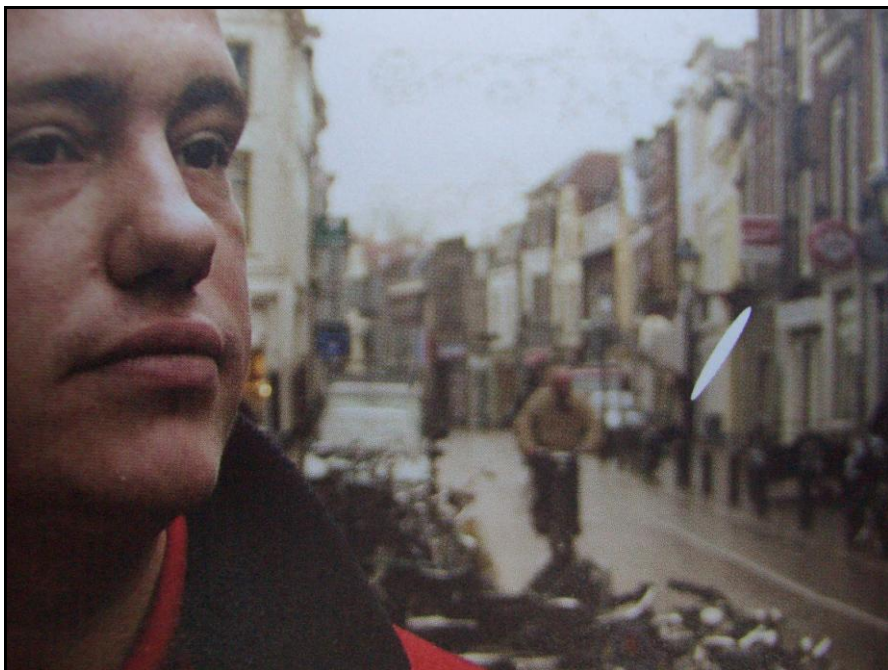
www.altrecht.nl/abc

‘Je werkt hier aan wat je wil in je leven’

Onderzoeksverslag over ABC als *best practice* in 2008

Tom van Wel

12 april 2009



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
	Het profiel van ABC	3
	Competenties van ABC-medewerkers	4
	Verdere groei in 2008	5
	Samenwerkingspartners	5
	Inhoudelijke vernieuwingen	5
	Actief buiten ABC	6
	Waardering voor ABC	6
2	Monitoringsonderzoek	7
	Gegevensverzameling	7
3	Functioneert ABC zoals is bedoeld?	9
	• hoe verloopt de inzet van ervaringsdeskundigheid?	9
	• hoe is de kwaliteit van de individuele rehabilitatietrajecten?	9
	• zijn de cliënten allen jongeren met een psychotische kwetsbaarheid?	11
	• zijn cliënten tevreden over de geboden informatie?	11
	• zijn cliënten tevreden over hun inspraak bij de behandeling?	12
	• zijn cliënten tevreden over hun hulpverleners?	13
	• zijn cliënten tevreden over de behandeling / begeleiding?	13
	• voelen cliënten zich veilig en op hun gemak?	13
	• wordt de familie voldoende betrokken bij de behandeling?	13
	• ligt de nadruk op ambulante hulpverlening?	14
	• is de opnameduur beperkt?	14
	• zijn de behandelplannen actueel?	14
	• is er zicht op de klachten?	15
	• worden incidenten gemeld?	15
	• valt het ziekteverzuim binnen de normen?	16
	• hoeveel interne en externe audits zijn er?	16
4	Wat is de meerwaarde van ABC?	17
	• hebben cliënten minder last van psychotische symptomen?	17
	• hebben cliënten minder last van andere psychiatrische symptomen?	17
	• zijn er zo min mogelijk suïcides?	18
	• zijn cliënten meer tevreden over hun kwaliteit van leven?	19
	• hoe waarderen cliënten het resultaat van de behandeling?	19
	• zijn de zorgbehoeften van cliënten afgenomen?	21
	• hebben de familieleden voldoende informatie gekregen?	23
	• zijn cliënten in zorg gehouden?	23
	• gaat het functioneren vooruit met betrekking tot de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving?	24
	• verloopt het herstel na een psychose nu sneller dan zonder ABC?	24
5	Beschouwing	25
	Samenvatting	25
	Resultaten in vogelvlucht	26
	Beperkingen van het onderzoek	26
	Vervolg	26
	Bijlage	27
	presentaties van ABC-medewerkers	27
	publicaties van ABC-medewerkers	28
	publicaties over ABC	28

1. Inleiding

Dit onderzoeksverslag gaat over ABC in 2008. Het betreft het vijfde onderzoeksjaar. Het richt zich op het functioneren en op de meerwaarde van ABC.

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 optimaal behandelplan te bieden. Het onderzoek gaat over het functioneren en de meerwaarde van ABC. Er is een richtinggevend meerjarenbeleidsplan getiteld *ABC-kompas: bedrijfsplan tot 2011*. 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, dagbesteding, wonen, sociale contacten en vrije tijdsbesteding. 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 ook 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 ambulante 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. ABC heeft een herkenbaar profiel. Er zijn drie kritische factoren die dit profiel bepalen (zie schema 1).

Schema 1. Kritische factoren die het profiel van ABC bepalen

-
- 1] de *peergroup* van jongeren met een psychotische kwetsbaarheid
 - ontmoeting en herkenning van lotgenoten
 - hulpverleners met ervaringsdeskundigheid
 - gespecialiseerde hulpverleners

 - 2] huisvesting van ABC
 - normale huisvesting, niet herkenbaar als ggz (milieurehabilitatie)
 - gelokaliseerd in het centrum
 - ruimte om elkaar informeel te ontmoeten

 - 3] behandelvisie
 - rehabilitatie op de voorgrond: werken, leren, vrije tijd, wonen, sociale contacten en financiën
 - behandeling van stoornissen staat ten dienste van rehabilitatie
 - gezinnen standaard betrekken
 - communicatiestijl waarbij gelijkwaardigheid en samen-zoeken voorop staan (het proces van het samen-zoeken is even belangrijk als het resultaat van de behandeling)
 - ambulante behandeling:
 - op de voorgrond
 - geïntegreerd met de kliniek
 - te typeren als een vip met fact, inclusief iddt en ips volgens irb-uitgangspunten
-

De *peergroup* heeft als eerste kritische factor meerwaarde vanwege de aanwezige lotgenoten. Aan ABC zijn enkele ervaringsdeskundige hulpverleners verbonden. Daarnaast 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 heeft 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 net 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 met 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 van de doelgroep succesvol te kunnen 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 aan de (rehabilitatie)doelen van de cliënt. Hierbij wordt standaard met de familie en andere betrokkenen wordt samengewerkt. Bij de communicatiestijl staan gelijkwaardigheid en samen-zoeken voorop. Belangrijk is om niet het 'ziek zijn' (en de valkuil van de bijbehorende professionele, afstandelijke houding) centraal te laten staan. Het doel is veeleer om een veilige en laagdrempelige sfeer te creëren waarin ieders inbreng waardevol is. Dit geldt zowel ten opzichte van de cliënten en de familie als ook ten opzichte van de medewerkers onderling.

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. De ABC-behandeling is te typeren als vroege interventie bij mensen met psychoses (vip) inclusief de *function assertive community treatment* (fact), waarbij de behandeling van de verslaving deel uitmaakt van de multidisciplinaire behandeling volgens de *integrated dual disorder treatment* (iddt)-aanpak, met daarbij een aparte trajectbegeleider voor werken en leren volgens de *individual placement and support* (ips) waarbij volgens de uitgangspunten van de individuele rehabilitatiebenadering (irb) wordt gewerkt.

Competenties van ABC-medewerkers

Medewerkers van ABC dienen over specifieke competenties te beschikken. Competenties betreffen de gedragsen behorend bij ABC die onderscheidend bijdragen aan het effect van ABC. Onder ABC-medewerkers is een grote mate van overeenstemming over de vier belangrijkste competenties, zo bleek uit de teamdag van 12 juni 2007 die over competenties van het ABC-team ging (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 cliënt centraal
 - aanbod past zich zoveel mogelijk aan
 - D] innoveren
 - nieuwe interventies uitproberen en ontwikkelen
 - monitoringsonderzoek
-

Richtinggevend is de *visie* om ten behoeve van de doelgroep ieders herstel zoveel mogelijk te ondersteunen op basis van wensen van de betrokkenen, 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 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 worden doelstellingen gesteld. Het monitoringsonderzoek toetst deze doelstellingen en onderzoekt de effecten van ABC.

De competentie *klantgerichtheid* geeft aan dat de wensen van cliënten centraal staan en dat het aanbod zich zoveel mogelijk hierbij aansluit.

Om het aanbod zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de wensen van cliënten 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 de *Schizofreniestichting – Kenniscentrum voor zorg en beleid*. Voorts betreffen innovaties het monitoringsonderzoek, het inzetten van ervaringsdeskundigen in de zorg, vernieuwingen in de benaderingen van familieleden en het becommentariëren en beoordelen van de revalidatietrajecten waarmee hulpverleners hun cliënten ondersteunen (inmiddels bekend als *Kijk op Irb-Kwaliteit*, kortweg KIK). Ten slotte heeft het ABC-buddy-project in november 2008 de eerste prijs voor de meest innovatieve poster gehad op het landelijk schizofreniecongres. Dit buddy-project, dat samen met familievereniging Ypsilon is opgezet, is een vorm van bemoeirehabilitatie dat probeert met behulp van psychologiestudenten die beschikken over een budget, om zorgwekkend inactieve cliënten te verleiden tot ontspannende activiteiten.

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

In het voorliggende onderzoeksverslag kijken wij terug naar 2008 en beschrijven wij de stand van zaken van ABC begin 2009.

Verdere groei in 2008

Het aantal cliënten dat ABC in zorg heeft, is in 2008 verder gegroeid. Begin 2004, 2005, 2006 en 2007 had ABC achtereenvolgens 23, 51, 86, 102 en 99 cliënten in zorg. Begin 2009 heeft ABC 144 cliënten, van wie er 20 klinisch zijn opgenomen en 124 ambulante in zorg zijn. De ambulante cliënten hebben elk een casemanager en kunnen gebruik maken van het deeltijdprogramma. In 2008 zijn 62 nieuwe cliënten in zorg genomen en 17 cliënten zijn uit zorg gegaan.

Van de ABC-clieuten is 76% man. Van 95% van het totaal aantal cliënten is de etnische achtergrond bekend. Hiervan is 39% allochtoon, verdeeld over 15 verschillende nationaliteiten. 34% heeft een niet-Westerse allochtone achtergrond, waarbij de Marokkaanse (11%) en de Turkse (6%) het meeste voorkomen.¹ Bij ABC is ruim 11% van de medewerkers allochtoon. Dit is ¾ meer dan het Alreht-gemiddelde. De leeftijd van de cliënten is ruim 23 jaar, met een gemiddelde afwijking van 3 jaar. 8% heeft een juridische maatregel. Bij 22% van de cliënten, die allen een psychotische stoornis hebben, staat verslaving op de voorgrond. In 2007 stond bij 30% van de cliënten de verslaving op de voorgrond.

Van de nieuwe cliënten is 30% verwezen door het UMC-Utrecht en 33% door de huisarts. Het jaar daarvoor werd 50% verwezen door het UMC-U en slechts 12% door de huisarts. Via de politie kwam 10% binnen. Anderen komen via de familie of van andere instellingen. Van 19% van de cliënten is de verwijzing niet achterhaald. Sinds de oprichting heeft ABC 239 cliënten in behandeling (gehad).

Samenwerkingspartners

In het kader van het primaire proces werkt ABC het meeste samen met UMCU-jeugd, UMCU-volwassenen, de SBWU, en binnen Alreht met afdeling Jongvolwassenen (Lunetten), divisie Jeugd, SPB-Utrecht, SPB-Zeist en SPB-Nieuwegein. Daarnaast is er, minder frequente, samenwerking met Kwintes, Psychiatrie & Verslaving, afdeling acute psychiatrie, Centrum Maliebaan, Talent, de wijkagent en huisartsen.

In het kader van innovatie wordt actief deelgenomen aan de Schizofreniestichting, het Kenniscentrum Rehabilitatie, het lectoraat rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen, St. Rehabilitatie '92, het ROC Utrecht (de bge-opleiding), de HEE, de Nederlandse Vereniging van Relatie- en Gezinstherapie en enkele landelijke intervisieverbanden (voor cognitief therapeuten, voor psychologen in de chronische psychiatrie, voor systeemtherapeuten, voor beleidspsychologen, voor klinisch psychologen en voor revalidatiedocenten). Daarnaast is er intensieve samenwerking inzake het ABC-buddyproject met Ypsilon en de Universiteit Utrecht (klinische psychologie) en wat betreft het EDIE-project over vroege herkenning van psychoses met de Universiteit van Amsterdam. Met GGz-Eindhoven wordt samengewerkt bij het organiseren van het landelijk platform Jongeren en Rehabilitatie. Ten slotte is er op incidentele basis samenwerking met Anoksis, het Trimbosinstituut de gemeente Utrecht en de vakgroep methoden van de Universiteit van Utrecht.

Inhoudelijke vernieuwingen

Inzake familiebetrokkenheid is, met name in samenwerking met Ypsilon en Indigo, gestart met coaching van familieleden aan huis. Aan families die nu niet goed worden bereikt, wordt aangeboden dat twee personen (één ervaringsdeskundige van Ypsilon en één 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. Het streven is om snel en flexibel inzetbaar te zijn. Het duo dat

¹ Ter vergelijking: de stad Utrecht heeft 30% allochtonen: 9% is Marokkaans en 4% Turks. In totaal heeft 20% een niet-Westerse allochtone achtergrond (bron: www.utrecht.nl).

de familie thuis bezoekt is niet bij de behandeling van de cliënt betrokken en zij weten niets over de specifieke situatie van de cliënt. Er wordt toestemming gevraagd om aan het eind van de serie huisbezoeken de behandelaar te mogen informeren. Met name bij Marokkaanse familieleden is naar verwachting veel winst te boeken. Dit project gaat gepaard met wetenschappelijk onderzoek dat wordt ondersteund door een subsidie van ZonMw.

Een andere manier om familiebetrokkenheid te vergroten gebeurt via enkele familiegroepen. In zo'n groep worden vijf tot acht families, inclusief cliënten, samen in een groep begeleid. Het betreft tweewekelijkse bijeenkomst voor de duur van twee jaar. Het is geïnspireerd op een in de Verenigde Staten ontwikkelde werkwijze: de 'multifamily groups' van McFarlane.

De bemoeirehabilitatie via het ABC-buddyproject, is via subsidiegelden van Altrecht in omvang gegroeid. Het oriënterende onderzoek, waarover enkele publicaties verschenen zijn, wordt uitgebreid.

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. In april 2007 is dit kenniscentrum opgegaan in de Schizofreniestichting. In 2005, 2006, 2007 en 2008 heeft deze stichting druk bezochte landelijke congressen georganiseerd, waarbij ABC 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 en de Parnassia Bavo Groep. ABC organiseerde daarnaast in samenwerking met de Hanzehogeschool Groningen en GGzEindhoven op 23 april 2008 een landelijk symposium met als titel *Rehabilitatie in de praktijk voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis*. Door de grote belangstelling is dit symposium op 24 september 2008 herhaald. Op 12 juni 2008 organiseerde ABC samen met het UMC-Utrecht en Centrum Maliebaan het symposium *Zwerfjongeren in Utrecht. Wat hebben we nodig?* waarbij door ABC'ers ook workshops gegeven zijn. Er is een samenwerkingsovereenkomst ondertekend tussen het lectoraat rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen en ABC. Voorts zijn twee ABC-medewerkers als docent/consulent verbonden aan Stichting Rehabilitatie '92 zijn en twee anderen opgeleid tot 'werkbegeleider rehabilitatie: individu en milieu'. De eerste post-HBO-opleiding *Rehabilitation Counselor* wordt mede door ABC vormgegeven door het beschikbaar stellen van een revalidatiedocent en revalidatiesupervisor. De Utrechtse ROC-opleiding tot ervaringsdeskundige is door een ABC-medewerker geïnitieerd en mede opgezet. Een ervaringsdeskundig medewerker van ABC is betrokken bij het HEE-team. Een ABC'er is het dagelijks bestuurslid van de Nederlandse Vereniging van Relatie- en Gezinstherapie. En andere maakte deel uit van de expertgroep prestatie-indicatoren herstel en rehabilitatie. Ten slotte maken twee ABC-medewerkers deel uit van de update van de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie.

Publicaties van ABC-medewerkers verschenen in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* (over bemoeirehabilitatie), in *Psy – tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving* (over onderzoek naar rehabilitatie), in het *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn* waar aan vier hoofdstukken is bijgedragen, en aan het *Jaarboek psychiatrische rehabilitatie 2008-2009* met een hoofdstuk over ABC. Daarnaast heeft ABC een boekje uitgegeven over ervaringsverhalen van jongvolwassenen met een psychotische stoornis, een lesplan voor de Hanzehogeschool Groningen en een onderzoeksverslag over ABC-buddyproject. Zie de bijlage voor een overzicht van de publicaties.

Presentaties door ABC'ers staan ook in de bijlage vermeld. Naast een drietal voorzitterschappen van landelijke symposia betreft dit plenaire lezingen en workshops door elf verschillende ABC'ers. Daarnaast zijn enkele ABC'ers geïnterviewd (voor *Psy*, het *Algemeen Dagblad* en *de Volkskrant*), is een lezing van een ABC'er besproken (in het *Tijdschrift voor Rehabilitatie*) en is het landelijk symposium gerecenseerd (in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*).

Waardering voor ABC

Afdelingen van de divisie Willem Arntsz, waar ABC deel van uitmaakt, hebben elkaar geaudit over het zorgprogramma schizofrenie. Over 16 onderdelen zijn rapportcijfers gegeven. ABC scoorde gemiddeld een rapportcijfer van 9,2. Andere afdeling haalden als gemiddeld rapportcijfer 6,2, 7,0 en 7,4.

Het ABC-buddyproject, dat samen met familievereniging Ypsilon is opgezet, werd op het landelijk schizofreniecongres in het zonnetje gezet: het won de eerste prijs met de meest innovatieve poster. Hierover verschenen meerdere publicaties in dagbladen en vakbladen.

Eind 2008 bezocht de inspectie voor de gezondheidszorg Altrecht met als doel om te beoordelen of er verantwoorde zorg geboden werd in het bijzonder wat betreft de zorg voor patiënten met een schizofrenie die tevens afhankelijk zijn van middelen. Enkele citaten naar aanleiding van het inspectiebezoek over ABC: 'voldoet het meest aan de ideale situatie' (p. 6), 'ABC wordt hierbij als een goed voorbeeld genoemd' (p. 8), en 'zou als een best practice kunnen worden aangemerkt' (p. 10).

2. Monitoringsonderzoek

De terugblik op 2008 gebeurt aan hand van de onderzoeksresultaten. Medio 2004 is het onderzoek van start gegaan dat fungeert als kwaliteitsmonitor van ABC. De eerste vraagstelling '*Functioneert ABC zoals is bedoeld?*' en de tweede vraagstelling '*Wat is de meerwaarde van ABC?*' vallen elk uiteen in verschillende onderwerpen. Deze komen in de tekst successievelijk aan bod.

In augustus 2005 is ABC gecertificeerd volgens de normen van de HKZ (ISO 9001-2000). Het kwaliteitsjaarverslag is geïntegreerd in dit onderzoeksverslag. De systeemprocessen klachten, incidenten en ziekteverzuim zijn mede geschreven door Aleece Roosen (stagiaire psychologie).

In het onderzoek zijn, in vergelijking met voorgaande jaren, aanpassingen aangebracht. De oorspronkelijke doelstelling van het onderzoek richtte zich op ABC als 'project'. Inmiddels is ABC sinds 2005 de projectstatus ontstegen, wat samengaat met een gewijzigde operationalisering van de onderzoeksvragen. De groei van ABC tot 144 cliënten gecombineerd met de looptijd van het onderzoek van inmiddels vijf jaar maken kwantitatieve analyses relatief aantrekkelijk. Daarmee komen de kwalitatieve analyse minder los te staan en winnen aan kracht in samenhang met de kwantitatieve gegevens. Om deze redenen is de onderzoeksopzet toegespitst op de gewijzigde situatie. Daarnaast komen enkele nieuwe onderwerpen aan bod en doen andere onderwerpen minder ter zake.

Gegevensverzameling

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

Groepsinterviews met opgenomen cliënten

Er zijn 16 groepsinterviews gehouden met opgenomen cliënten: 9 interviews op Lange Nieuwstraat 52 en 7 interviews op Lange Nieuwstraat 52a. Er waren gemiddeld 4½ cliënten bij deze groepsinterviews aanwezig. Deze groepsinterviews vonden plaats in de maanden oktober, november, december 2008 en in januari 2009 en maakten deel uit van het wekelijkse 'huiskameroverleg'.

Interviews met familieleden

Door Aleece Roosen (stagiaire psychologie) zijn acht ouders geïnterviewd: 2 vaders en 6 moeders van in totaal 8 cliënten. Deze ouders zijn telefonisch benaderd met de vraag of ze wilde meewerken aan dit onderzoek. De interviews vonden plaats tussen 21 en 26 januari 2009. De duur van de interviews varieerde van 15 tot 30 minuten met een gemiddelde van 23 minuten.

Groepsinterviews met medewerkers

In december 2008 en januari 2009 is twee maal de helft van de teammiddag gebruikt ten behoeve van het onderzoek onder medewerkers. Hierbij waren gemiddeld 11 medewerkers aanwezig en door 4 medewerkers is achteraf schriftelijk het verslag van het groepsinterview aangevuld.

Exitgesprekken met cliënten en met de persoonlijk begeleider/casemanager

Cliënten die uit zorg gaan bij ABC komen in aanmerking voor een exitgesprek. In 2008 hebben 3 exitgesprekken plaatsgevonden met de cliënt zelf en 4 met de direct betrokken hulpverlener. In 2004, 2005, 2006 en 2007 waren er respectievelijk 10, 19, 26 en 31 exitgesprekken met cliënten. Het relatief lage aantal in 2008 heeft enerzijds te maken met het lage aantal exits in dit jaar (namelijk 16) en anderzijds met de interne communicatie. Besloten is om deze communicatie structureel te verbeteren.

Interviews met de cliënten

Het streven is om alle cliënten kort na hun start bij ABC en vlak voor hun vertrek individueel te interviewen. Daarnaast wordt geprobeerd om zoveel mogelijk cliënten één maal per jaar individueel te interviewen. Het doel van laatstgenoemd interview is om de komende behandelplanbespreking voor te bereiden. De interviews gebeuren aan de hand van de vragenlijsten MANSA (over kwaliteit van leven), CAN (over zorgbehoeften) en de GGz Thermometer (over tevredenheid). Van het interview wordt een samenvatting gemaakt ten behoeve van de voorbereiding van de behandelplanbespreking.

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).

In 2008 zijn er over 70 cliënten evenzoveel metingen beschikbaar. In 2007 waren er over 88 cliënten 95 metingen (van 7 cliënten waren er twee metingen). In 2006 waren er over 66 cliënten 70 metingen. Vanaf 2004 zijn er 320 metingen verzameld. Er zijn 79 cliënten met ten minste twee metingen waarvan de laatste meting dateert uit 2006 (18 maal), uit 2007 (32 maal) of uit 2008 (29 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 1¼ jaar (sd: 10 maanden).

Gezien de toename van het aantal ABC-cliënten, gecombineerd met dezelfde onderzoekscapaciteit, is gekozen om cliënten vooral in de eerste periode na komst op ABC te interviewen en cliënten die gaan vertrekken. Dit leidt ertoe dat het gemiddeld aantal weken tot de meting in 2008 dat cliënten aan ABC verbonden zijn, 63 bedraagt (sd: 66); in 2007 was dit 81 weken (sd: 70). Het percentage cliënten dat in 2008 in de eerste drie maanden na komst op ABC is geïnterviewd, is 36% (in 2007: 24%). T1 vindt plaats gemiddeld 8 maanden na de start bij ABC (39% van hen in de eerste drie maanden na hun komst). T2 is na gemiddeld iets minder dan 2½ jaar na de start bij ABC afgenomen (30% van hen langer dan 3 jaar). Tussen T1 en T2 zit gemiddeld 1¼ jaar.

Er zijn geen aantoonbare verschillen tussen de 70 cliënten van het onderzoeksjaar 2008 en het totaal van 144 ABC-cliënten op 1 januari 2009.² In het onderzoeksjaar 2008 zijn in 53 van de 70 gevallen zowel de cliënt als ook hun betrokken hulpverlener geïnterviewd. Dat betekent dat 17 maal de cliënt, ondanks herhaalde oproepen, niet is op komen dagen en dat alleen van de hulpverlener informatie beschikbaar is. De ontbrekende cliënten zijn vergeleken met de cliënten die wel zijn geïnterviewd. Deze ontbrekende cliënten blijken, in de ogen van hun hulpverlener, minder zorgbehoeften te hebben ($p=0,001$), met name minder vervulde zorgbehoeften ($p=0,04$). Hun behoefte aan informatie over de behandeling is groter ($p=0,01$). Verder zijn er tendensen dat deze ontbrekende cliënten wat meer problemen hebben met alcohol of drugsgebruik, wat meer zorgbehoeften hebben inzake betaald werk en wat minder zorgbehoeften hebben inzake voeding en lichamelijke gezondheid. Op de andere beschikbare data zijn geen verschillen waarneembaar.

Losse tellingen

Deze gegevensverzamelingsmethoden zijn aangevuld met een aantal losse tellingen over bijvoorbeeld het aantal cliënten in zorg, hun leeftijd, hun culturele achtergrond, de mate van verslaving, het aantal actuele, individuele behandelplannen, ingediende klachten en gemelde incidenten.

² Hierbij is gekeken naar het geslacht, de leeftijd en de individuele GAF-scores.

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 komen achtereenvolgens aan bod.

- hoe verloopt de inzet van ervaringsdeskundigheid?

Er is één ervaringsdeskundige werkzaam in het 24-uursteam van ABC. Zij is enkele jaren geleden op ABC begonnen als stagiaire van de opleiding *begeleider ggz met ervaringsdeskundigheid* (BGE) en inmiddels in vaste dienst. Daarnaast zijn er één of twee stagiaires ervaringsdeskundigheid, een stagiaire van de opleiding *rehabilitation counselor* die ervaringsdeskundig is en is er een ervaringsdeskundige op freelance basis aan ABC verbonden.

Een enkele cliënt ziet geen voordelen in ervaringsdeskundige hulpverleners (*'het maakt mij niets uit'*) maar de meesten zijn er positief over. Zij noemen vijf voordelen van ervaringsdeskundigen, namelijk:

- *'ze begrijpen je eerder'* wordt het meeste genoemd. Als toelichting: *'zij hebben hetzelfde meegemaakt en weten waarover je praat'*; en aanvullend hierop:
- *'ze gaan er dieper op in'*;
- het geven van betere adviezen: *'hij kan tips geven waar je verder mee kunt. Een SPH weet wat het is, uit het boekje – en dat is niet per se verkeerd –, maar een ervaringsdeskundige kan het eerder zien. Hij kan het van je gezicht lezen'*;
- een voorbeeldfunctie: *'ze zijn een voorbeeld van hoe je terug kunt keren in de maatschappij'*;
- een brugfunctie: *'zij kunnen aan de rest van het team beter uitleggen wat er speelt'*.

Niet alle cliënten blijken op de hoogte van de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen: *'het zou wel goed zijn als je vanaf het begin weet dat er ervaringsdeskundigen zijn'*, zo zegt een cliënt. Sommige cliënten vragen zich af of ervaringsdeskundigen extra kwetsbaar zijn. *'Een ervaringsdeskundige kan ook terugvallen in zijn ziekte'*, zo verwoordt een cliënt. Een andere cliënt verschilt van mening: *'ik vind een ervaringsdeskundige niet meer kwetsbaar. Ze hebben alle hoeken van de kamer al gezien, in vergelijking met een net afgestudeerde SPH'er: die gaat pas écht op zijn bek'*. Een derde cliënt vindt beide: *'de ervaringsdeskundige is ergens meer kwetsbaar en ergens ook weer niet (omdat hij al ervaringen heeft)'*.

Medewerkers sluiten aan bij deze uitspraken: *'ik kan veel van hen leren, ze zetten me aan het denken over mijn bejegening. Wat maken wij als hulpverleners voor indruk op cliënten? Het helpt me om kritisch naar mijn eigen functioneren te kijken'*, aldus een persoonlijk begeleider. Een psychiater die de groeps-psycho-educatie samen met een ervaringsdeskundige heeft gedaan, verwoordt: *'het was leuk om met hem de psycho-educatie te doen. Hij kan beter dan ik het perspectief van de cliënt inbrengen. We zouden dit structureel moeten doen'*. Dit voornemen is vaker te horen. Een casemanager: *'de ervaringsdeskundige zet haar ervaringen heel goed in. Wij zouden haar meer in moeten zetten, zowel als consulent als ook voor trajecten'*, en een persoonlijk begeleider: *'we zouden meer gebruik van haar kunnen maken'*.

Op de vraag aan de medewerkers wat men ervan zou vinden als de helft van het team uit ervaringsdeskundigen zou bestaan (de voorzitter van de Raad van Bestuur van Altrecht spreekt in de pers van 5% tot 10%), wordt positief gereageerd: *'goed plan. Mits goed opgeleid, met dezelfde eisen als aan andere hulpverleners gesteld worden'*. Een ander: *'ik pleit voor een mix van verpleegkundigen, SPH'ers en ervaringsdeskundigen'*.

Er blijkt onder ABC-medewerkers breed draagvlak om samen eens uit te zoeken hoe eigen ervaringen meer kunnen worden benut. *'Een cultuur waarin het gewoner is om eigen ervaringen in te zetten, zou waardevol zijn'*, aldus een casemanager. Overigens zijn binnen ABC enkele medewerkers aan het verkennen hoe eigen ervaringen van hulpverleners (niet alleen inzake psychiatrische stoornissen maar ook breder) in te zetten zijn bij de begeleiding. Hiervoor zijn handvatten en valkuilen vastgelegd en worden ervaringen van deze medewerkers verzameld en geëvalueerd. Over het inzetten van ervaringen is in 2008 een ABC-beleidsplan geschreven dat in 2009 van kracht wordt.

- hoe is de kwaliteit van de individuele rehabilitatietrajecten?

Centraal in de missie van ABC staan rehabilitatie en behandeling voor jongeren, waarbij bewust rehabilitatie voorop is geplaatst. Individuele rehabilitatie ondersteunt cliënten bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun doelen op de gebieden wonen, werken, dagbesteding, leren, recreëren en sociale contacten. Het onderzoeksverslag van 2006 gaf aan dat ABC zijn naam een rehabilitatieafdeling te zijn onvoldoende waarmaakte: de rehabilitatiedoel terreinen activiteiten en gezelschap, die tot de grootste

onvervulde zorgbehoeften behoorden, werden na ruim een jaar ABC-begeleiding niet minder. Tegelijkertijd waren er onvoldoende aantoonbare rehabilitatietrajecten.

ABC heeft het rehabilitatiebeleid aangepast. Er is een protocol *Kijk op Irb-Kwaliteit (KIK)* ontwikkeld (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. Het behalen van lage scores is op zich niet bezwaarlijk; er dient echter na verloop van tijd wel groei van de rehabilitatie-kwaliteit van de medewerker zichtbaar te worden. Met het management kan besproken worden op welke wijze de medewerker ondersteuning wil om aan de verwachtingen tegemoet te komen.

Sinds 2007 hebben vijf van deze KIK-rondes plaatsgevonden. Over de eerste vier rondes is gepubliceerd in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. Er zijn daarbij 113 rehabilitatie-trajecten 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.

Voor KIK blijkt ook elders belangstelling te zijn. Niet alleen leidde dit tot enkele presentaties bij instellingen en op congressen, ook leidde het tot een werkbezoek van een instelling aan ABC, tot een interview in een vakblad en tot het schrijven van een lesplan over KIK dat bij de post-HBO-opleiding *rehabilitation counselor* is gegeven. Daarnaast helpt ABC bij het KIK'en van een Altrecht-afdeling, heeft een andere afdeling belangstelling en is een ggz-instelling op basis van het protocol zelf gaan KIK'en.

Tijdens het groepsinterview met de medewerkers lopen de meningen uiteen. Een medewerker over het KIK'en: *'ik blijf het een vreselijk middel vinden. En beoordeeld worden vind ik niet leuk'*. Een ander *'voelt er wel een druk van'*. Deze druk heeft wel invloed: *'ik pak het daardoor wel eerder op'*. Ook de eerstgenoemde medewerker ziet de andere kant: *'maar... het lijkt te werken, zeggen de cijfers. Ik geloof dat het ook wel bij mij werkt...'*. Andere medewerkers hebben minder twijfels. Zo geeft de één aan: *'ik vind het nuttig, het maakt me meer bewust van waar ik mee bezig ben'* en een ander: *'ik vind het wel prettig om een expliciete beoordeling te krijgen, fijn om feedback te krijgen en te horen wat er dan beter gaat'*. En weer een ander: *'ik zie dat er veel verandert. En het kost niet veel extra tijd: ik gebruik de formulieren van de vorige keer en zie dan dat cliënten vaak een fase verder zijn. Dat stimuleert!'*.

De in 2007 gestarte rehabilitatievoorlichtingsmiddagen voor nieuwe ABC-medewerkers zijn in 2008 herhaald. Ook is, op verzoek, zo'n introductie voor een andere Altrecht-afdeling verzorgd. In 2008 zijn daarnaast twee rehabilitatietrainingen speciaal op ABC-medewerkers toegespitst en gegeven. Het betreft de training *Het stellen van een rehabilitatiedoel* in twee dagdelen. Daarnaast was er een training die *functionele diagnostiek met hulpbronnendiagnostiek* combineert, en in dezelfde training *vaardigheids- en hulpbronnen interventies* behandelt, alles in totaal vier dagdelen. Daarnaast is er training *readiness* van drie dagdelen.

Over deze ABC-rehabilitatietrainingen laten medewerkers zich positief uit: *'heel fijn, veel nieuwe informatie waar je direct wat mee kunt'* en een ander: *'heel specifiek op onze cliënten gericht, wat heel fijn is'*. En weer een ander: *'de rehab-cursus vind ik echt super. Ik werk al met rehabilitatie maar het geeft net iets meer dimensie'*. En ten slotte: *'ik heb het direct kunnen toepassen in de praktijk terwijl ik voor de training waarschijnlijk niet had geweten hoe dit aan te pakken'*.

Enkele rehabilitatiegroepsactiviteiten zijn vorig jaar aangepast en meer op de individuele leest geschoeid. Zo bleek de Libermanmodule *Omgaan met sociale relaties en intimiteit* volgens de trainers te veel een 'confectiepak' dat niemand goed paste. Nu wordt de module van St. Rehabilitatie '92 als richtlijn gebruikt. Dit wordt als een vooruitgang beschouwd omdat het meer op het individu is toegespitst. Tegelijkertijd blijkt verderop in het proces dat deze aanpak steeds meer op de individuele deelnemers dient te worden toegesneden waardoor het samenkomen in een groep relatief weinig meerwaarde heeft.

De medewerkers geven het rehabilitatiegehalte van ABC gemiddeld rapportcijfer 7. Eén medewerker geeft een 5 als rapportcijfer en licht dit toe: *'als ik in de kliniek met een collega spreek, gaat het bijna nooit over rehabilitatie. Er wordt eigenlijk alleen maar behandeld: het gaat over stoornissen, verslaving en regels'*. Een psychiater vult aan: *'rehabilitatie leeft veel meer bij de casemanagers en niet zo bij de kliniek. In de kliniek wachten veel cliënten. Daar zou met rehabilitatie veel meer kunnen'*. Een persoonlijk begeleider stemt hiermee in: *'rehabilitatie loopt nog niet zo lekker samen met behandeling'*. Ondanks de knelpunten zegt een medewerker: *'er wordt veel aan deskundigheidsbevordering gedaan op het gebied van rehabilitatie. Het wordt steeds meer geïntegreerd in onze manier van werken en onze visie. En de medewerker die het rapportcijfer 5 gaf, beschrijft hoe het werken op ABC hem heeft veranderd: 'voordat ik op ABC kwam zorgde ik vooral voor mensen, nu begeleid ik mensen op basis van hun wensen'*.

Uit de interviews met familieleden komen positieve geluiden: *'ik weet dat mijn zoon, ook al is hij niet meer in de kliniek opgenomen wel nog steeds goed wordt begeleid bijvoorbeeld naar het zoeken van een geschikte woonruimte'*, aldus een moeder. Een andere moeder: *'hij is bij ABC goed voorbereid op zelfstandig wonen, dus dit wordt erg goed gedaan'*.

- zijn de cliënten allen jongeren met een psychotische kwetsbaarheid?

ABC heeft haar toelatingsbeleid gewijzigd en is zich expliciet gaan richten op *jongeren met een psychotische kwetsbaarheid*. Dit houdt in dat een psychotisch beeld niet meer op de voorgrond hoeft te staan; het kan ook een ondergeschikte rol spelen. Ook kunnen cliënten toegelaten worden zonder psychotische ervaringen maar met een verhoogde kans hierop. Daarnaast is de jongvolwassenheid (met als richtlijn 16 tot 28 jaar) verlaten en vervangen door *jongeren*, met als richtlijn tot 28 jaar. Begin 2009 zijn er één cliënte van 14 jaar en vijf van 17 jaar. Er zijn zes cliënten ouder dan 28 jaar: vier cliënten zijn 29 jaar en twee zijn 32 jaar oud. Gemiddeld zijn de ABC-clieënten ruim 23 jaar oud.

Inzake problemen met enerzijds hallucinaties en wanen, en (uit een andere vragenlijst) problemen met psychotische symptomen blijkt dat bij de nieuwe ABC-clieënten sprake is van iets minder problemen dan bij de anderen (niet significant).

- 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-clieënten in 2004 t/m 2008 versus Altrecht-clieënten in 2008

	ABC					Altrecht 2008 N=2711
	2004 n=28	2005 n=48	2006 n=70	2007 n=90	2008 n=52	
- Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?	100%	96%	97%	93%	90%	82%
- Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?	89%	94%	95%	90%	84%	82%
- Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding?	69%	72%	77%	69%	67%	70%

De cliënten van ABC lijken, vergeleken met de Altrecht-gegevens, wat beter te worden geïnformeerd over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden.³ Bij ABC beantwoordt namelijk 90% van de cliënten hierop bevestigend terwijl bij Altrecht als geheel dit 82% is. Desalniettemin lijkt er binnen ABC door de jaren heen sprake te zijn van een lichte afname. Ten aanzien van de aanpak van de behandeling of begeleiding lijken ABC-clieënten (met hun 84% 'ja'-antwoorden) zich even goed geïnformeerd te voelen als cliënten bij Altrecht als geheel (met 82% 'ja'-antwoorden). Inzake het informeren over het te verwachten resultaat van de behandeling of begeleiding is er ook weinig verschil (67% versus 70%).

Deze GGz Thermometer wordt zelfstandig door de cliënt ingevuld. In een andere vragenlijst, de CAN,⁴ is ook naar de behoefte aan 'informatie over de toestand van de behandeling' gevraagd. Het blijkt

³ De verschillen tussen de scores op de GGz Thermometer van Altrecht en van ABC zijn nergens in dit onderzoeksverslag statistisch getoetst.

⁴ De CAN wordt zowel bij de cliënt als ook bij zijn directe begeleider afgenomen. Er wordt ten aanzien van 25 onderwerpen gevraagd naar de vervulde en onvervulde zorgbehoeften. Indien één van beiden aangeeft dat er sprake is van een zorgbehoefte, wordt dit als totaalscore voor dit onderwerp geregistreerd. In 2008 zijn voor het eerst de scores van de cliënten en van de medewerkers apart vastgelegd. Bij de vermelde analyses in dit onderzoeksverslag wordt uitgegaan van de gecombineerde scores, behalve als expliciet anders is vermeld.

dat 76% van de cliënten aangeeft géén behoefte (meer) te hebben aan informatie over de behandeling. Dit betekent dat volgens 24% van de cliënten er wél sprake is van een informatiebehoefte.⁵

Deze 24% van de cliënten met een informatiebehoefte, verkregen via de CAN, lijkt in strijd met de (100% minus 90% maakt) 10% in tabel 1, verkregen via de GGz Thermometer. Het sec invullen van een vragenlijst als de GGz Thermometer lijkt minder betrouwbaar dan de CAN die via een interview, bij zowel de cliënt als ook zijn directe begeleider, wordt afgenomen.

Bij de cliënten met twee onderzoeksmetingen, waarbij tussen deze twee metingen gemiddeld 1¼ jaar zit, neemt de behoefte naar informatie over de behandeling af (CAN: gemiddeld van score 1,1 naar 0,6; $t=2,9$; $p=0,004$; $n=74$). Bij de GGz Thermometer zijn geen veranderingen aantoonbaar. Kortom: er zijn aanwijzingen dat ABC na verloop van tijd beter aansluit bij de informatiebehoefte van de cliënten over de behandeling.

Uit de groepsinterviews geven cliënten ook aan veelal tevreden te zijn met de informatie die ABC biedt: *'ik werd netjes opgevangen; er werd informatie gegeven aan de hand van een lijst met punten'*. Er zijn ook kritiekpunten: *'ABC zou betere voorlichting moeten geven over wat gesprekken met psychologen en psychiaters voor je zouden kunnen betekenen, zodat je daar een beeld van krijgt. Laat een psycholoog eens komen bij de psycho-educatie bijvoorbeeld'*. Als toelichting geeft hij aan: *'zonder andere begeleiding te kort te doen, hebben zij wel meer kwaliteit. In mijn toenmalige toestand was eens per twee weken een psychiater wel weinig. Elke week zou beter zijn'*. Bij de GGz Thermometer geven enkele cliënten verbeterpunten aan: *'meer communicatie: duidelijkheid over de gang van zaken'* en een ander: *'meer info geven over mijn behandeling en het te verwachten resultaat'*.

- zijn cliënten tevreden over hun inspraak bij de behandeling?

Uit de GGz Thermometer blijkt dat verreweg de meeste cliënten aangeven dat zij kunnen meebeslissen over de behandeling of begeleiding die zij krijgen. Dit meebeslissen van cliënten lijkt in 2008 minder vaak voor te komen dan in de voorafgaande jaren en ongeveer even vaak als in Altrecht als geheel (zie tabel 2). De afspraken zijn vastgelegd in een behandelplan waar de meeste cliënten mee instemmen.

Tabel 2. Cluster inspraak: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-clieñten in 2004 t/m 2008 versus Altrecht-clieñten in 2008

	ABC					Altrecht
	2004 n=28	2005 n=45	2006 n=70	2007 n=89	2008 n=52	2008 N=2711
- Kon/kunt u meebeslissen over de behandeling/begeleiding die u krijgt?	86%	87%	95%	89%	81%	83%
- Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?	92%	95%	96%	88%	91%	66%
- Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	96%	93%	93%	87%	88%	95% ⁶

Ondanks deze relatief hoge percentages zijn er ook kritische geluiden. Zo geeft een cliënt tijdens het groepsinterview aan: *'het kan wel beter als ze meer naar me luisteren. Zo wilde ik veranderen van medicatie maar kreeg niet de kans'* (deze cliënt had een rechterlijke machtiging). En een ander: *'soms wordt me wel wat aangeprept. Waarschijnlijk omdat het goed voor me is'*. Er zijn vooral positieve geluiden zoals: *'ja, ik bepaalde de onderwerpen van de behandeling'* en weer een andere cliënt: *'ik kon meebeslissen bij mijn medicatie. Als ik andere medicijnen wilde uitproberen, was dat goed'*. En ten slotte: *'ja, je werkt hier aan wat je wil in je leven'*.

⁵ Volgens medewerkers heeft ook 24% van de cliënten een informatiebehoefte. Dit wil niet zeggen dat cliënten en medewerkers het steeds met elkaar eens zijn. In 30% van de gevallen verschillen zij van mening over dit item. Bij het grootste meningsverschil (12%) blijkt de cliënt aan te geven dat er een onvervulde informatiebehoefte is terwijl de betrokken medewerker aangeeft dat de informatiebehoefte vervuld is.

⁶ bij de Altrecht kolom heeft dit percentage van 95% betrekking op de 66% cliënten die op het voorgaande item aangeeft dat er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt is; bij ABC gaat het over alle respondenten.

- zijn cliënten tevreden over hun hulpverleners?
- zijn cliënten tevreden over de behandeling/begeleiding?

Net als in de voorgaande jaren zijn verreweg de meeste cliënten tevreden over de ABC-hulpverleners. Men vindt de hulpverleners deskundig, te vertrouwen, voldoende respect tonen en voldoende geïnteresseerd in de mening van de cliënt (zie tabel 3). Dit verschilt niet veel met de totale Altrecht-percentages.

Tabel 3. Cluster hulpverlener: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-cliënten in 2004 t/m 2008 versus Altrecht-cliënten in 2008

	ABC					Altrecht 2008 N=2711
	2004 n=28	2005 n=48	2006 n=70	2007 n=90	2008 n=53	
- Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende deskundig (goed in zijn/haar vak)?	96%	96%	98%	97%	94%	93%
- Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?	93%	92%	97%	94%	94%	94%
- Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?	100%	96%	98%	100%	98%	96%
- Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?	100%	100%	93%	97%	96%	91%

In de groepsinterviews uiten de cliënten zich positief: *'over de hulpverleners ben ik heel tevreden'*. Een andere cliënt geeft een concreet voorbeeld: *'dat ze rekening houden met wat je wil, bijvoorbeeld dat er halal-vlees komt'*. Een ander: *'ik ben tevreden. Er zijn nooit aanvaringen, ze zijn aardig en vriendelijk'*. Als minpunt wordt genoemd: *'er zijn veel wisselende gezichten, ook door bijvoorbeeld stagiaires. Ik moet dan steeds opnieuw mijn verhaal doen'*. Bij de open vraag van de GGz Thermometer uit een enkeling kritiek: *'ik vond het slecht hoe ik behandeld werd toen ik was opgenomen'*. Positievere reacties op deze vraag zijn: *'de medewerkers zijn intelligent, respectvol en luisteren goed. Flexibel'* en *'ik heb het altijd erg positief gevonden'*.

Enkele cliënten geven aan meer psychologische begeleiding te willen. Dit omdat zij bijvoorbeeld *'vaak niet begrepen worden'* en, zoals een ander het uitdrukt, er *'meer interesse mag zijn in de "rare" gedachten van patiënten'*. Eén cliënt wil expliciet dat dit niet beperkt blijft tot één stroming: *'meer mogelijkheden voor gesprekstherapie in plaats van alleen maar cognitieve gedragstherapie'*. Uit het medewerkersinterview komen positieve geluiden (*'over de gesprekken met de psycholoog hoor ik positieve geluiden'*) en denken casemanagers na hoe meer van psychologen gebruik te maken. Daarbij denkt men aan een consulentfunctie onder andere voor de klinische groep cliënten, maar evenzeer aan het *'ondersteuning bieden bij rehabilitatie, of delen van een rehabilitatietraject uitvoeren'*, aldus een casemanager. In 2009 is het aantal uren psychologische begeleiding uitgebreid en draait wekelijks de zogenaamde (cognitieve) 'G-groep'.

- voelen cliënten zich veilig en op hun gemak?

Bij de exitinterviews en bij de groepsinterviews is gevraagd naar de veiligheidsbeleving van cliënten. Soms geeft een cliënt aan zich niet veilig te hebben gevoeld: *'op de dag van het ruiten ingooien, voelde ik me wel minder veilig'* en een ander: *'het was minder toen twee keer mijn telefoon bij de sport gestolen werd'*. Maar in zijn algemeenheid blijkt ABC een veilige omgeving met uitspraken als: *'ja helemaal veilig'* en *'ik heb me nooit onveilig gevoeld'*. De huisvesting in een gewoon pand bleek van invloed op de veiligheidsbeleving: *'je zou niet zeggen dat het een psychiatrische instelling was. Dat was prettig'*. Ten slotte: *'ik voel me zo veilig alsof er twee bewakers voor de deur zouden staan!'*. Een moeder bevestigt dit: *'ik vind het bij ABC erg ontspannen en een veilig klimaat. Ik vind dit wel opvallend ten opzichte van andere instellingen'*. Een andere moeder spreekt van een *'warme sfeer'*.

- wordt de familie voldoende betrokken bij de behandeling?

Alle geïnterviewde ouders zijn positief over de betrokkenheid van de familie bij de behandeling. *'Ja de familie wordt voldoende betrokken bij de behandeling. Er worden dingen aan me gevraagd en ik laat dan*

ook mijn mening horen. Andere familieleden worden er ook bij betrokken, zoals mijn dochter die een keer mee is geweest naar ABC zodat ze kan zien waar haar broer is', zo geeft een moeder aan. Een ander: 'elke keer zijn we bij het behandelplan uitgenodigd, dit is erg fijn, want dan weet je wat de stand van zaken is en ben je goed op de hoogte. Ik heb ook het gevoel als ik nog vragen heb, dat ik altijd terecht kan bij ABC. Ook de familieavond, die ABC geregeld houdt, wordt aangemoedigd, dat dit erg fijn is. 'Fijn om met andere ouders ervaringen te delen', zegt een moeder. Een derde moeder staat daar dubbel in: 'ik vind zo'n familieavond een goed initiatief. Zelf maken wij hier geen gebruik van want ik vind het moeilijk om alle verhalen van andere ouders te horen, dan heb ik het idee dat alles wat zwaarder wordt, voor mij persoonlijk dan'.

Ook cliënten staan positief ten opzichte van het ABC-beleid om familie veel bij de behandeling te betrekken. In het groepsinterview gaf een cliënt aan het handig te vinden dat er contact is. Hij is met name positief over de familiegroep waar zeven families elke twee weken samenkomen: *'de meerwaarde is dat patiënt en ouders dicht bij elkaar komen. Dat maakt het voor allen gemakkelijker. Soms kun je verwijzen naar anderen: "kijk, die doen het zo"'. Een andere cliënt over de betrokkenheid van familie: 'dit is belangrijk. Ze weten dan wat het ziektebeeld is. Dan staat de patiënt er niet alleen voor'. Een cliënte geeft aan dat je leert om samen te werken, en: 'dan weten zij beter wat zij kunnen doen. Zo snap je elkaar beter'.*

Enkele cliënten geven ook hun grenzen aan: *'van mij hoeft het in principe niet. Je moet het per cliënt bekijken'. En een ander: 'ze hebben via Ypsilon allerlei goede voorlichting gehad. De aanwezigheid bij behandelplanbesprekingen is oké. Meer dan dat hoeft niet: je moet ook je eigen boontjes kunnen doppen'.*

- ligt de nadruk op ambulante hulpverlening? (aan medewerkers gevraagd)

Vorig jaar was, in de beleving van de medewerkers, de aandacht op ABC gelijk verdeeld tussen klinische en ambulante ('fifty – fifty'). In 2008 geven niet alleen de casemanagers aan dat de nadruk op de ambulante hulpverlening ligt maar dat doen, na enige discussie, ook de geïnterviewde medewerkers van de kliniek.

- is de opnameduur beperkt?

De klinische opnameduur van de 63 cliënten die in 2008 in ABC opgenomen zijn (geweest), bedraagt op 1 januari 2009 gemiddeld 141 dagen. Begin 2008 was dit 100 dagen en de jaren daarvoor achtereenvolgens 171, 137 en 181 dagen.

Van de 45 in 2008 klinisch ontslagen cliënten was dit gemiddelde 110 dagen (inclusief BOR) en van de op 1 januari 2009 in de kliniek aanwezige cliënten bedraagt het aantal opnamedagen inmiddels gemiddeld 223. Vijf cliënten waren in 2008 langer dan een jaar opgenomen, waarvan er drie nog steeds aanwezig zijn; de langste nu 16 maanden.

- zijn de behandelplannen actueel?

Een behandelplan wordt opgesteld naar aanleiding van een behandelplanbespreking waarbij de cliënt, zijn persoonlijk begeleider of casemanager en de psychiater aanwezig zijn, eventueel aangevuld met andere hulpverleners. Familieleden worden in principe uitgenodigd en zijn meestal ook aanwezig. Doelstelling is dat behandelplannen niet ouder zijn dan vier maanden.⁷ Er zijn 32 ABC-clieënten die op 1-1-2009 een behandelplan hebben dat ouder is dan vier maanden. Voor 4 van hen is deze relatief lange duur tussen de behandelplanbesprekingen een bewuste keuze. Van de 28 anderen (dit betreft 19% van de 144 ABC-clieënten) hebben er, op peildatum 23 maart 2009, inmiddels 18 een behandelplan. Van 10 cliënten (7%) is er geen actueel behandelplan beschikbaar zonder dat hier duidelijke redenen voor zijn. Van deze 10 cliënten zijn op 1-1-2009 bij 3 de laatste behandelplannen korter dan een half jaar geleden gehouden; bij 4 van hen zijn de behandelplannen tussen een half jaar en een jaar oud; en bij 3 van hen zijn deze 1 tot 1½ jaar oud. Opgemerkt dient te worden dat bijna 3 maanden later (peildatum 23 maart 2009) bij hen nog steeds geen nieuw behandelplan beschikbaar is. Uit navraag blijkt dat een cliënt in de gevangenis zit en 3 anderen zorgmijddend zijn. Voor hen gaat een voorlopig, eenzijdig behandelplan opgesteld worden. Ook voor de andere 6 cliënten wordt actie ondernomen.

Het percentage behandelplannen dat op orde is, bedraagt op 1-1-2009 dus 81%. Begin 2008 was dit 94%. In het begin van de jaren 2007, 2006 en 2005 waren dit achtereenvolgens 82%, 99% en 94%. Het percentage van begin 2009 is in vergelijking met de voorafgaande jaren relatief laag. Vermoedelijk hangt dit

⁷ In de kliniek bedraagt dit zes tot acht weken. Bij de beschreven *check* is de vier maanden-grens grens gehanteerd.

samen met de groei van 99 tot 144 cliënten (ABC was nog nooit zo groot), de nieuwe doelgroep met relatief veel beperkingen, de komst van twee nieuwe psychiaters en de ingebruikname van een nieuwe locatie in Zeist.

- is er zicht op de klachten?

In 2008 zijn er 7 klachten over ABC binnengekomen, waarvan 2 schriftelijk via de klachtencommissie van Altrecht, 3 telefonisch en 2 mondeling. De klachten zijn schriftelijk vastgelegd. Twee klachten zijn van ouders van cliënten. Een moeder van een cliënte vindt dat ABC haar dochter onterecht medicatie verstrekt aangezien haar dochter, in de ogen van deze moeder, niet ziek is. Deze moeder heeft het gevoel dat ABC druk op haar dochter uitoefent. Een andere klacht is van een vader van een cliënt die vindt dat er geen sprake is van ketenzorg, dat er te veel misgaat, bijvoorbeeld geen tijdige opname/IBS, verschillend behandelbeleid en onvoldoende begeleiding van de cliënt. De andere drie klachten komen van cliënten van ABC. Een cliënt laat weten het niet eens te zijn met het gevoerde beleid ten aanzien van zijn behandeling en wil een rechtszaak aanspannen. Hem is aangeraden om met de patiëntvertrouwenspersoon contact op te nemen, waarna er is een oplossing is gevonden. Een andere klacht is via de klachtencommissie binnengekomen van een cliënt die vindt dat ABC zijn verhaal manipuleert en hij daarom als psychotisch wordt bestempeld, dat hij minder serieus wordt genomen door artsen en andere instanties omdat hij een cliënt van Altrecht is. Eén klacht leidde tot een hoorzitting, die echter tijdens deze zitting ongegrond is verklaard. De buurman klaagde over harde muziek die gedraaid wordt door cliënten op hun kamers. Hier werd door de cliënten serieus op gereageerd en men zou hier voortaan rekening mee houden. In de ABC-huizen aan de Nicolaasstraat werd tijdens het huiskameroverleg een klacht van de schoonmakers besproken, die weigerden de keuken, die te vies was, schoon te maken. De cliënten hebben laten weten in het vervolg de keuken en huiskamer beter schoon te houden.

Alle klachten zijn besproken in het team en op alle klachten is actie ondernomen naar betrokkenen. In het wekelijks terugkomende huiskameroverleg van de klinisch opgenomen cliënten komen vaak onderwerpen aan de orde die gezien kunnen worden als klachten. Dit heeft veelal betrekking op het uitvoeren van huishoudelijke taken, geluidsoverlast, het zoekraken van spullen, maar het gaat ook over zorginhoudelijke onderwerpen, zoals de samenwerking met de hulpverleners.

Klachten beschouwt ABC als een manier van feedback. ABC heeft als beleid om systematisch met de betrokkenen te evalueren hoe men vindt dat ABC functioneert en waar verbeterpunten zijn. Dit systematisch evalueren is beschreven in het proces 'Van evaluatie tot klachten' in het kwaliteitshandboek. Het evalueren gebeurt door onderhavig onderzoek maar ook door een vast agendapunt bij het wekelijkse huiskameroverleg met opgenomen cliënten. Deze onderwerpen komen regelmatig aan bod en leiden meer dan eens tot aanpassing en toespitsing van de opstelling van ABC-medewerkers.

- worden incidenten gemeld?

In 2008 hebben ABC-medewerkers 18 incidenten gemeld. Deze staan in tabel 4 weergegeven.

Tabel 4. Type en aantal meldingen van incidenten door medewerkers van ABC in 2005, 2006 en 2007

	2005	2006	2007	2008
confrontatie van medewerkers met fysieke agressie	8	3	6	5
intimidatie naar medewerkers (o.a. verbale agressie)	-	4	7	3
verbale agressie naar medewerkers	8	-	-	-
fysieke agressie tussen cliënten	2	2	3	1
intimidatie tussen cliënten	1	1	1	1
tentamen suïcide	-	1	-	2
onjuiste medicatie	-	2	-	3
brandstichting	-	-	1	-
overig	-	3	2	3
totaal	19	16	20	18

Het aantal meldingen is twee lager dan in 2007. De confrontatie van medewerkers met fysieke agressie en intimidatie is wat afgenomen (van 13 naar 8 maal). Onjuiste medicatie werd drie maal gemeld terwijl dit in 2007 niet gebeurde. De categorie 'overig' heeft betrekking op 'inbraak' en twee maal 'diefstal'. De meeste meldingen zijn gedaan in het tweede (6 maal) en derde (4 maal) kwartaal. In het eerste kwartaal zijn 2

meldingen gedaan en in het vierde zijn er 3. Van één van de incidenten (het ingooien van zes ramen bij ABC) is aangifte gedaan.

De dagelijkse briefingverslagen zijn nagelopen. Hier kwamen nog twee incidenten naar voren waar een melding van gemaakt had moeten maar die niet zijn teruggevonden in het kwartaaloverzicht. Het gaat hier om een voorval met agressie naar een medewerker en om intimidatie naar een medewerker. Deze zijn in strijd met de afspraak echter dus niet gemeld. Uit navraag blijkt de ene melding vergeten te zijn en de andere wel ingevuld, maar is er iets fout gegaan met het verzenden van de melding. Deze onduidelijkheden zijn voor ABC een reden om bij de medewerkers te nader te informeren en te wijzen op het belang van de meldingen. Het melden van een incident geeft ABC namelijk de mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering. Er wordt, net als in voorgaande jaren, getwijfeld of alle incidenten daadwerkelijk gemeld worden.

- valt het ziekteverzuim binnen de normen?

Het ziekteverzuim van ABC in 2008 is met 3,66% beneden de target van 4,25% die voor de divisie Willem Arntsz is afgesproken. Het aantal ziekmeldingen per ABC-medewerker is gemiddeld 1,74. Dit is hoger dan de 1,56 ziekmeldingen die gemiddeld voor Altrecht-medewerkers geldt. In 2005 was het ziekteverzuim bij ABC nog slechts 2,8% bij een gemiddeld aantal ziektemeldingen van 2,1 per medewerker en in 2006 was het bij ABC 7,9% bij een gemiddeld aantal ziektemelding van 1,9 per jaar. In 2007 was het ziekteverzuim bij ABC 3,85% bij een gemiddeld aantal ziektemelding van 1,97 per jaar. Dit betekent dat ABC een lager ziekteverzuim heeft dan in 2007 en ook lager dan de target. Het relatief hoge aantal ziekmeldingen per ABC-medewerker is ten opzichte van 2007 afgenomen.

- hoeveel interne en externe audits zijn er?

In 2008 zijn acht interne audits gehouden in het kader van de HKZ-certificering. Deze hadden betrekking op de primaire processen (twee maal), de secundaire processen (vier maal) en op een verbetertraject (twee maal). Van elke audit is een verslag beschikbaar. De adviezen zijn besproken met het management van ABC. Dit heeft geleid tot acties die met de teamleden zijn kortgesloten.

In 2007 waren er zeven interne audits en een externe audit door *Lloyd's Register*; in 2006 waren er zes interne audits en een externe audit. In 2005 waren er tien interne audits en twee externe audits.

Naast de HKZ-audits heeft ABC deelgenomen aan de audits van de divisie in het kader van het zorgprogramma schizofrenie. Over 16 onderdelen zijn rapportcijfers gegeven. ABC scoorde gemiddeld een rapportcijfer van 9,2. Andere afdeling haalden als gemiddeld rapportcijfer 6,2, 7,0 en 7,4.

In 2009 zal ABC geaudit worden door de Schizofreniestichting en zal er een audit zijn in het kader van de continuïteit van de HKZ-certificering.

4. Wat is de meerwaarde van ABC?

- 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 2008 bij 32% van de cliënten, in de twee weken voordat de persoonlijk begeleider/casemanager de vragenlijst invulde, sprake is van problemen als gevolg van hallucinaties of waanvoorstellingen. Deze problemen variëren van ‘ondergeschikt’ tot ‘ernstig’ (zie tabel 5). In 2004 tot en met 2007 waren deze percentages wat hoger (niet significant), namelijk achtereenvolgens 50%, 52% , 42% en 49%.

Tabel 5. *Het percentage ABC-clieënten 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 2008*

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

In overeenstemming met de lichte, niet significante ($p=0,23$), afname tussen 2007 en 2008 van de problemen als gevolg van hallucinaties en wanen volgens de HoNOS, is de uitkomst op het item in de CAN over de zorgbehoeften bij psychotische symptomen. Er is een tendens dat de psychotische problematiek in 2008 tot wat minder zorgbehoeften leidt dan in 2007 (daling van 1,3 naar 1,1; $p=0,11$; $t=1,6$; $n=165$). In 2008 heeft 13% van de cliënten ten aanzien van psychotische symptomen geen zorgbehoefte (meer). In 2007, 2006 en 2005 waren dit 2%, 7% en 4%. Opvallend is dat vaker cliënten vinden dat er geen zorgbehoefte (meer) is dan medewerkers. In 2008 vindt 31% van de cliënten versus 13% van de betrokken medewerkers dat er geen zorgbehoefte is bij psychotische symptomen.

Er zijn van 75 cliënten twee metingen over het HoNOS-item inzake problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen beschikbaar. Tussen de metingen zit gemiddeld 1 $\frac{3}{4}$ jaar. Er blijkt tussen beide metingen gemiddeld genomen geen significant verschil te zijn. Bij het CAN-item over psychotische symptomen blijkt tussen T1 en T2 evenmin verandering. Ook blijkt er geen significante correlatie tussen het item uit de HoNOS en de duur van de verbondenheid aan ABC ($r=0,06$; $n=297$). Er is ook geen significante correlatie met het item uit de CAN en de duur van de verbondenheid aan ABC ($r=-0,01$; $n=304$). Van de 75 cliënten neemt tussen T1 en T2 bij 24% de problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen toe, bij 52% blijft dit gelijk en bij 24% neemt deze problemen af.

Kortom: de psychotische problematiek van de doorsnee ABC-clieënt in 2008 lijkt, vergeleken met de jaren ervoor mogelijk wat minder voor te komen. Tijdens de 1 $\frac{3}{4}$ jaar dat cliënten aan ABC verbonden zijn, stabiliseert de psychotische problematiek: er is gemiddeld genomen noch van vooruitgang noch achteruitgang sprake.

- hebben cliënten minder last van andere psychiatrische symptomen?

Het psychiatrische symptoom dat relatief veel voorkomt, is depressie. In de twee weken voorafgaand aan het invullen van de HoNOS werd in 2008 bij 62% van de cliënten problemen met depressieve symptomen waargenomen, variërend van ‘ondergeschikt’ tot ‘ernstig’. In 2004, 2005, 2006 en 2007 waren deze percentages lager, namelijk achtereenvolgens: 54%, 52% en 56% en 52% (zie tabel 6).

Tabel 6. Het percentage ABC-cliënten met problemen met depressieve stemming in de laatste twee weken (item 7 uit de HoNOS) en de gemiddelde scores volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 t/m 2008

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

De ernst van de depressies van de groep cliënten in 2008 is, vergeleken met die uit 2007, toegenomen ($p=0,02$; $t=2,3$; $n=158$).

Bij de 75 cliënten met twee metingen over de depressieve stemming zijn geen veranderingen waarneembaar. Tussen 'problemen met de depressieve stemming' en de duur van de verbondenheid aan ABC is evenmin een significante correlatie ($r=-0,05$; $n=222$). Met andere woorden: bij ABC-cliënten komt depressie vaker voor dan in de voorafgaande jaren; op ABC stabiliseren de depressieve symptomen.

Cognitieve problemen in de laatste twee weken komen in 2008 bij 46% van de cliënten voor (dit was 49% in 2007, 46% in 2006, 44% in 2005 en 38% in 2004). Met betrekking tot deze cognitieve problemen en andere psychiatrische symptomen, zoals problematisch alcohol- of druggebruik, hyperactief en agressief gedrag, en zelfverwonding, zijn er gemiddeld genomen geen veranderingen waarneembaar bij de cliënten met twee metingen ($n=79$). Dit geldt evenzeer voor lichamelijke problemen, algemene dagelijkse levensverrichtingen, motivatie voor de behandeling en medicatietrouw. De enige uitzondering is de vermindering tussen T1 en T2 van het maniform gedrag ($p=0,02$; $t=2,5$; $n=76$).

De gemiddelde totaalscores op de HoNOS lijken door de jaren heen te wijzen op meer problemen in het functioneren. In 2004 was de gemiddelde totaalscore 7,0 ($n=29$), in 2005 7,5 ($n=50$), in 2006 7,8 ($n=66$), in 2007 is deze 7,6 ($n=91$) en in 2008 is deze relatief hoog met score 9,2 ($n=69$). Het verschil tussen 2004 en 2008 wijst op een tendens dat het functioneren problematischer is ($p=0,07$; $t=1,7$; $n=29$ en $n=69$). Dit zijn aanwijzingen dat de nieuwe cliënten een meer problematisch niveau van functioneren hebben.⁸

Bij dezelfde 74 personen met twee metingen varieert de totaalscore van de HoNOS nauwelijks. Bij de eerste meting was de gemiddelde score 7,5 en bij de tweede meting is deze 7,4 (niet significant).

Kortom: de ABC-cliënten in 2008 hebben in vergelijking met die uit de voorafgaande jaren gemiddeld een meer problematisch niveau van functioneren. Deze problemen blijven stabiel in de 1¼ jaar verbondenheid aan ABC.

- zijn er zo min mogelijk suicides?

Er waren onder de ABC-cliënten in 2008 drie suïcidepogingen. In 2007 waren er ook drie suïcidepogingen, in 2006 waren er geen en in 2005 twee. Sinds de start van ABC medio 2002 zijn er in totaal negen suïcidepogingen geweest en daarnaast is er één suïcide geweest met enige tijd daaraan voorafgaand een poging door dezelfde persoon.

Zoals al vermeld in eerdere onderzoeksjaarverslagen heeft dit relatief geringe aantal, volgens de geïnterviewde medewerkers, te maken met de houding van de medewerkers: 'wellicht doordat we als afdeling hoop bieden' en een ander: *we zijn er heel snel bij*. Er is een open atmosfeer en men vindt het handig om te werken met individuele crisis-preventie-actieplannen. ABC beschikt over een bed-op-recept dat geregeld wordt gebruikt, ook wel eens alleen overdag als een soort rustpunt. Een medewerker geeft aan: *ik vraag bij somberheid altijd door*. Vaak vangt ABC crises zelf op. Behalve via bed-op-recept, gebeurt dit ook door intensievere ambulante begeleiding. Het is bij de voorbereiding van de behandelplanbespreking tegenwoordig een vast punt om suïcide aan bod te laten komen. Dit wordt niet altijd expliciet besproken maar: *ik check het voor mezelf maar vraag het niet telkens aan de cliënt*, aldus een persoonlijk begeleider, wat door een casemanager wordt beaamd. Er wordt geëxperimenteerd met de landelijke richtlijn 'Effectief omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie'.

⁸ Het verschil is niet te verklaren door de aanpassing in de aanpak van het onderzoek waarbij vaker zo snel mogelijk na de komst op ABC een onderzoeksmeting plaatsvindt.

- zijn cliënten meer tevreden over hun kwaliteit van leven (met name over hun: leven als geheel, hun woonsituatie, hun sociale leven, hun lichamelijke gezondheid, hun geestelijke gezondheid en hun professionele hulp)?

Deze items komen aan bod in de vragenlijst over kwaliteit van leven die de cliënt invult. Elk van de zes items wordt gescoord op een schaal die loopt van 0 ('slecht') tot 6 ('zeer goed'). De gemiddelde scores op deze zes onderwerpen staan in tabel 7 vermeld. Ter vergelijking staan gegevens van de Utrechtse zorgmonitor over 2008. Deze Utrechtse zorgmonitor omvat gegevens van het Sociaal Psychiatrisch Behandelcentrum (SPB) in Utrecht, SPB-Nieuwegein, SPB-Zeist en SPB-Woerden, en van de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht.

Tabel 7. Gemiddelde scores van ABC-clieënten op items inzake kwaliteit van leven in 2004 t/m 2008 versus de (andere) cliënten van de Utrechtse zorgmonitor

0 ('slecht') tot 6 ('zeer goed')	ABC					Utrechtse zorgmonitor 2008 N=488
	2004 n=29	2005 n=48	2006 n=62	2007 n=92	2008 n=53	
leven als geheel	3,5	3,8	3,5	3,7	3,4	3,9*
woonsituatie	4,0	4,2	4,2	4,0	3,5	4,4**
sociale leven	3,6	3,7	3,5	3,7	3,7	3,9
lichamelijke gezondheid	3,9	3,7	3,9	3,7	3,7	3,6
psychische gezondheid	3,7	3,4	3,5	3,7	2,9	3,4*
professionele hulp	4,5	4,5	4,9	4,7	4,3	4,8**

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

In 2008 wijkten ABC-clieënten op enkele items af van de ABC-clieënten in 2007. Zo is de tevredenheid met de woonsituatie lager ($p=0,049$; $t=2,0$; $n=144$), is de tevredenheid met de psychische gezondheid lager ($p=0,005$; $t=2,9$; $n=144$) en is de tevredenheid met de professionele hulpverlening lager ($p=0,03$; $t=2,1$; $n=143$) dan het jaar daarvoor. Ook de optelsom van de zes items toont aan dat de kwaliteit van leven van de cliënten in 2008 lager is dan van die van in 2007 (score 23,8 versus 21,6; $p=0,02$; $t=2,4$; $n=141$). Dit wijst op de instroom van een doelgroep met een lagere kwaliteit van leven.

Vergeleken met de Utrechtse zorgmonitor hebben de ABC-clieënten in 2008 een lagere kwaliteit van leven als geheel, en ook inzake de woonsituatie, hun psychische gezondheid en de tevredenheid met de professionele hulpverlening. Er is ook een lagere kwaliteit van leven op de nieuwe items dagbesteding, seksuele leven en financiële situatie.⁹

Samenvattend: de ABC-clieënten in 2008 hebben een lagere kwaliteit van leven dan de ABC-clieënten in de voorafgaande jaren. Ook in vergelijking met de cliënten van de Utrechtse zorgmonitor hebben de ABC-clieënten een lagere kwaliteit van leven. Waarschijnlijk hangt dit samen met de instroom van cliënten met een lagere kwaliteit van leven.

Bij de ABC-clieënten met twee metingen zijn in de 1¾ jaar tussen deze twee metingen geen veranderingen waarneembaar.

- hoe waarderen de cliënten het resultaat van de behandeling?

De mening van cliënten over het resultaat van de behandeling wijkt iets af van die in 2007. Zo vindt slechts 77% van de cliënten de behandeling de juiste aanpak voor de problemen of klachten. In 2007 was dit nog 89% (tendens: $p=0,08$; $\chi^2=3,2$; $n=136$). Hetzelfde is te zien op de vraag of men voldoende is vooruitgegaan: 80% in 2007 en 68% in 2008 antwoordt bevestigend (tendens: $p=0,07$; $\chi^2=3,2$; $n=134$). Hiermee in overeenstemming is enerzijds dat 65% van de cliënten aangeeft aan meer greep gekregen te hebben op de problemen of klachten tegen 77% in 2007, en anderzijds 68% in 2008 tegen 80% het jaar daarvoor aangeeft door de behandeling voldoende vooruit te zijn gegaan.¹⁰ Opvallend is dat relatief meer cliënten aangeven door de behandeling beter om te kunnen gaan met mensen en situaties waar voorheen problemen mee waren: 71% in 2008 tegen 64% in 2007 (zie tabel 8). Bovengenoemde veranderingen zijn echter geen van alle significant.

⁹ Sinds 2008 is deze kwaliteit van leven-vragenlijst met enkele items uitgebreid tot de MANSA.

¹⁰ In 2008 waren de cliënten ten tijde van de onderzoeksmeting gemiddeld 64 weken aan ABC verbonden tegen 81 weken in 2007.

Tabel 8. Cluster resultaat van de behandeling of begeleiding: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-cliënten in 2004 t/m 2008 versus Altrecht-cliënten in 2008

	ABC					Altrecht
	2004 n=24	2005 n=47	2006 n=70	2007 n=88	2008 n=48	2008 N=2711
- Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?	91%	95%	93%	91%	87%	85%
- Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten?	74%	82%	86%	89%	77%	82%
- Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?	65%	74%	74%	77%	65%	80%
- Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?	70%	75%	73%	80%	68%	77%
- Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?	50%	69%	60%	77%	77%	78%
- Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?	54%	67%	63%	64%	71%	75%

Bij de cliënten met twee metingen zijn evenmin significante veranderingen aantoonbaar.

De vraag of een cliënt een ander zou aanraden om hulp te zoeken bij deze instelling, wordt in 2008 (met 82%) minder vaak bevestigend beantwoord dan in 2007 (met 94%). Deze daling is significant ($p=0,02$; $\chi^2=5,4$; $n=139$). De opgaande lijn van de voorafgaande jaren lijkt hiermee doorbroken (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 2008 absoluut en in percenten versus Altrecht-cliënten in 2008

	ABC					Altrecht
	2004 n=23	2005 n=42	2006 n=60	2007 n=89	2008 n=50	2008 N=2711
Ja	16 (70%)	38 (90%)	56 (93%)	84 (94%)	41 (82%)	2413 (89%)
Nee	7 (30%)	4 (10%)	4 (7%)	5 (6%)	9 (18%)	298 (11%)

Bij de cliënten met twee metingen raden 51 van de 60 op T1 aanvankelijk ABC aan; 1¼ jaar later zijn dit 55 van de 60 cliënten (niet significant). In het groepsinterview uitten de cliënten zich positief: 'ik was zo trots als een pauw dat ik midden in de stad woon!' geeft een cliënt enthousiast aan. En: 'het goeie is dat je tussen jongeren zit die dezelfde dingen hebben meegemaakt. ABC geeft minder het gevoel dat je in een ziekenhuis zit: er worden cursussen gegeven en het huiskameroverleg is prettig. Je krijgt er een goed dag-nacht-ritme en je rust er goed uit'. Maar er is consensus onder de geïnterviewde cliënten voor 'als het heel slecht met je gaat: dan biedt het UMC-Utrecht meer structuur'. Maar gauw wordt dit aangevuld: 'ABC is het leukst om opgenomen te zitten: in de stad, veel vrijheid en leuke dingen die worden georganiseerd'. En: 'je leert op ABC om meer zelfstandig te worden, bijvoorbeeld koken en wassen', aldus een klinische cliënt.

Een andere manier voor cliënten om de waardering van de behandeling en begeleiding te laten blijken, is het geven van rapportcijfers. In de GGz Thermometer wordt hier naar gevraagd (zie tabel 10).

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 2008

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

De rapportcijfers die cliënten aan ABC geven voor de totale behandeling en begeleiding zijn, na een stijging in de eerste jaren, in 2008 gemiddeld een 7½. Ter vergelijking: het gemiddelde rapportcijfer voor Altrecht als geheel in 2005 was een 7+ en in 2006, 2007 en in 2008 elke keer een 7½. In 2004 gaven twee ABC-clieënten (8%) rapportcijfer 9 of hoger, in 2005 waren dit 5 cliënten (11%), in 2006 stijgt dit door naar 14 cliënten (23%), in 2007 zijn dit 20 cliënten (ook 23%) en in 2008 zijn dit 9 cliënten (18%). In 2008 wordt drie maal het rapportcijfer 10 gegeven en geven twee cliënten rapportcijfer 5.

Enkele cliënten lichten bij het exitgesprek toe: *'alles zit goed in elkaar!'* en *'door ABC ben ik wel veel beter geworden'*.

- zijn de zorgbehoeften van de cliënten afgenomen?

De zorgbehoeften worden uit een lijst van 24 zorgbehoeften¹¹ via een interview met de cliënten en een interview met hun directe begeleider in beeld gebracht door één score: een onvervulde zorgbehoefte (score 2), een vervulde zorgbehoefte (score 1) of geen zorgbehoefte (score 0). Bij een verschil van mening tussen de cliënt en de persoonlijk begeleider/casemanager geldt de hoogste score.¹² Sinds 2008 blijken de zorgbehoeften toegenomen:

- het totaal aantal zorgbehoeften (dit is de optelling van de vervulde zorgbehoeften en de onvervulde zorgbehoeften) blijft tussen 2004 en 2007 nagenoeg gelijk: het gemiddeld totaal aantal zorgbehoeften per jaar is achtereenvolgens 9,8; 8,8; 9,1 en 8,2 zorgbehoeften. In 2008 stijgt dit naar 10,3 zorgbehoeften ($p=0,000$; $t=3,8$; $n=164$);¹³
- het aantal vervulde zorgbehoeften veranderde tussen 2004 en 2007 ook nauwelijks: in genoemde jaren was dit achtereenvolgens gemiddeld 3,7; 4,6; 5,0 en 4,6 vervulde zorgbehoeften. In 2008 stijgt dit naar 5,6 vervulde zorgbehoeften ($p=0,02$; $t=2,3$; $n=164$);
- het aantal onvervulde zorgbehoeften was tussen 2004 en 2005 gedaald van gemiddeld 6,1 naar 4,2 ($p=0,018$; $t=2,4$; $n=81$) en stabiliseerde zich in 2006 en 2007 op gemiddeld 4,1 en 3,6 onvervulde zorgbehoeften. In 2008 neemt dit toe naar 4,7 onvervulde zorgbehoeften ($p=0,03$; $t=2,2$; $n=164$).¹⁴ De onvervulde zorgbehoeften die in 2007 het meeste werden genoemd, staan in de rechterkolom van tabel 11.

Tabel 11. Het percentage ABC-clieënten en/of hun directe begeleiders naar meest genoemde onvervulde zorgbehoeften in 2008 en deze percentages in 2007, 2006, 2005 en 2004

	2004 n=29	2005 n=51	2006 n=67	2007 n=95	2008 n=73
activiteiten	62%	37%	39%	34%	56%
psychisch onwelbevinden	38%	31%	35%	37%	51%
zingeving/herstel/rehabilitatie	-	-	-	-	47%
gezelschap	59%	41%	44%	45%	37%
betaald werk	35%	12%	22%	17%	37%
informatie over de behandeling	48%	33%	21%	27%	33%
psychotische symptomen	24%	29%	28%	31%	27%
lichamelijke gezondheid	28%	24%	17%	19%	26%
geld	31%	22%	20%	11%	26%
drugs	35%	14%	17%	17%	24%
intieme relaties	41%	16%	13%	35%	22%
uitkeringen	10%	18%	19%	5%	20%
seksualiteit	50%	9%	5%	13%	19%
nevenwerkingen medicatie	45%	43%	39%	28%	17%
huisvesting	14%	8%	15%	15%	16%

De toename van de onvervulde zorgbehoeften blijkt het sterkst bij het item over *activiteiten*. Bij 57% van de cliënten is dit een onvervulde zorgbehoefte. Dit is een sterke stijging in vergelijking met de 34% van 2007. *Psychisch onwelbevinden* is met 51% van de cliënten ook sterk toegenomen (dit was 37% in 2007). Het nieuwe item in de vragenlijst over *zingeving/herstel/rehabilitatie* heeft betrekking op sociale rollen en

¹¹ Sinds 2008 is er een 25^e item aan toegevoegd over het vervullen van sociale rollen en toekomstperspectief.

¹² Sinds 2008 worden per item apart de scores van de cliënt en die van de hulpverlener opgeslagen.

¹³ Met een eta² van 0,08 is er sprake van een middelmatig tot grote toename.

¹⁴ De eta² van 0,03 wijst op een kleine tot gematigde toename.

toekomstperspectief en staat met 47% op de 3^e plaats. De onvervulde zorgbehoefte inzake *gezelschap*, de nummer 1 van vorig jaar die in 2008 licht is gedaald, vormt samen met betaald werk de 4^e en 5^e onvervulde zorgbehoefte. Dit betekent dat vier van de vijf grootste onvervulde zorgbehoeften op rehabilitatie betrekking hebben. Vorig jaar hadden drie van de vijf grootste onvervulde zorgbehoeften betrekking op rehabilitatiedoel terreinen. Qua *intieme relaties* (de nummer 3 van vorig jaar) zijn de behoeften gedaald van 35% naar 22%. Inzake *uitkeringen* en *geld* zijn de behoeften sterk gestegen: van resp. 5% en 11% naar 20% en 26% van de cliënten. Qua nevenwerkingen van de medicatie lijkt er sprake van een structurele verbetering: na hoge noteringen in 2004 tot 2006, daalt deze onvervulde zorgbehoefte van 28% vorig jaar naar 17% in 2008 (van de 1^e plaats in 2005 naar de 14^e plaats in 2008).

Tijdens de groepsinterviews is aan cliënten om advies gevraagd nu blijkt dat *activiteiten* weer de grootste onvervulde zorgbehoefte is. Sommige cliënten komen met ideeën voor nieuwe gezamenlijke momenten, zoals *'een gezamenlijk theemoment in de middag'* en *'twee keer per dag sporten, ook 's avonds'*. Een andere cliënt legt de vinger op de gevoelige plek: *'je moet wel dingen zélf willen doen, naast het ABC-programma'*. Een cliënt zou van ABC een meer actieve opstelling verwachten: *'weet je wat het is Tom, je kan heel gemakkelijk stil blijven staan hier. Je hebt weliswaar rust nodig, maar als je niet actief achter de broek wordt gezeten, kom je niet verder. ABC is nu te afwachtend'*.

Sinds 2008 zijn er de scores voor cliënten (n=52) en hun hulpverleners (n=73) apart te analyseren. Opvallend is dat het item over *zingeving/herstel/rehabilitatie*, dat betrekking heeft op sociale rollen en toekomstperspectief, volgens cliënten zelf bij 44% van hen de grootste onvervulde zorgbehoefte is. Hulpverleners geven dit aan bij 40% van hun cliënten. Op de 2^e en 3^e plaats noemen cliënten *activiteiten* (met 40%) en *psychisch onwelbevinden* (met 39%) als onvervulde zorgbehoeften. De hulpverleners plaatsen op de 1^e, 2^e en 3^e plaats achtereenvolgens *psychisch onwelbevinden* (met 50%), *activiteiten* (49%) en *gezelschap* (34%).

Cliënten en hulpverleners zijn het niet altijd met elkaar eens. Cliënten geven aan minder onvervulde zorgbehoeften te hebben dan hun hulpverleners aangeven wat betreft *drugs* (4% volgens de cliënten versus 22% volgens hun hulpverleners), *gezelschap* (20% versus 34%), *psychisch onwelbevinden* (39% versus 50%) en *activiteiten* (40% versus 49%). Ook het omgekeerde is het geval: cliënten geven aan vaker onvervulde zorgbehoeften te hebben dan hun hulpverleners bij *lichamelijke gezondheid* (24% versus 10%), *voeding* (12% versus 4%) en *veiligheid voor de cliënt zelf* (14% versus 6%).

Bij de 78 cliënten met twee metingen neemt het totaal aantal zorgbehoeften af. Op T1 zijn er per cliënt gemiddeld 9,5 zorgbehoeften terwijl op T2, gemiddeld 1¾ jaar later, er 8,4 zorgbehoeften zijn (significant: t=2,3; p=0,024). De vervulde zorgbehoeften blijven gemiddeld gelijk. Opvallend is dat ook het aantal onvervulde zorgbehoeften bij cliënten met twee metingen significant sterk afneemt (van 4,7 naar 3,4; t=3,3; p=0,001; eta²=0,12; zie tabel 12).¹⁵

Tabel 12. Het gemiddeld totaal aantal zorgbehoeften, de vervulde en de onvervulde zorgbehoeften van item 1 t/m 24 van dezelfde ABC-clieënten op T1 en op T2 (gemiddeld 1¾ jaar later) en de statistische toetsing (n=78)

	T1	T2	toetsing
totaal aantal zorgbehoeften	9,5	8,4	significant + gemiddeld effect: t=2,3; p=0,024; eta ² =0,06
aantal vervulde zorgbehoeften	4,8	5,1	n.s.
aantal onvervulde zorgbehoeften	4,7	3,4	significant + sterk effect: t=3,3; p=0,001; eta ² =0,12

De zorgbehoeften die het meest zijn afgenomen, staan weergegeven in tabel 13. De score op elk item van deze vragenlijst kan variëren van 0 (geen zorgbehoefte) tot 1 (vervulde zorgbehoefte) tot 2 (onvervulde zorgbehoefte).

¹⁵ Correlationale analyses tonen een significant negatief verband tussen enerzijds de duur van de verbondenheid aan ABC en anderzijds de onvervulde zorgbehoeften (r=-0,23; p=0,000; n=304) en ook het totaal aantal zorgbehoeften (r=-0,21; p=0,000; n=304). Er is geen verband met de vervulde zorgbehoeften. Met andere woorden: een langere verbondenheid aan ABC gaat samen met een afname van zowel de onvervulde zorgbehoeften als ook het totaal aantal zorgbehoeften.

Tabel 13. De percentages onvervulde zorgbehoeften van dezelfde ABC-cliënten op T1 en T2 (gemiddeld 1¼ jaar later) waarvan van de zorgbehoeften significant zijn afgenomen, het gemiddeld aantal zorgbehoeften en de statistische toetsing (n=78)

zorgbehoefte	onvervulde zorgbehoeften op T1	onvervulde zorgbehoeften op T2	gemiddeld totaal aantal zorgbehoeften op T1 en T2 en de statistische toetsing
informatie over de behandeling	42%	18%	van 1,1 naar 0,6; significant: t=3,0; p=0,004
nevenwerkingen medicatie	43%	23%	van 1,1 naar 0,8; significant: t=2,3; p=0,022
betaald werk	21%	19%	van 0,8 naar 0,5; significant: t=2,3; p=0,023

Gemiddeld 1¼ jaar na de eerste meting blijkt dat *informatie over de behandeling* en *nevenwerkingen van de medicatie* het sterkst zijn afgenomen. Ook de zorgbehoefte ten aanzien van *betaald werk* neemt aantoonbaar af. De afname bij betaald werk blijkt niet zozeer uit de daling tussen T1 en T2 van de onvervulde zorgbehoeften (van 21% naar 19%) maar veeleer uit de daling van vervulde zorgbehoefte (van 35% op T1 naar 15% op T2) gecombineerd met de stijging van het aantal cliënten bij wie betaald werk geen zorgbehoefte is (van 44% op T1 naar 67% op T2). Het item *activiteiten* tendeert naar afname van de zorgbehoeften: van 45% naar 33% van de cliënten (tendens van gemiddeld 1,2 naar 1,0; t=1,6; p=0,07). Er zijn geen zorgbehoeften die in deze 1¼ jaar significant zijn toegenomen.

- hebben de familieleden voldoende informatie gekregen over de ziekte, behandeling en andere zaken?

De familieleden geven aan voldoende informatie te hebben gekregen over de ziekte, behandeling en andere zaken. Een vader voegt eraan toe: *'als ik vragen zou hebben, zou ik altijd terecht kunnen bij ABC. De kennis is er aanwezig en ze nemen er altijd tijd voor'*. Dit is in overeenstemming met een andere ouder: *'ik heb wel genoeg informatie gehad, maar mocht ik nog vragen hebben dan maak ik een afspraak met de behandelaar van mijn zoon en dan wordt het me goed uitgelegd'*. Een moeder noemt een verbeterpunt: *'over de ziekte heb ik wel voldoende informatie gehad, maar over de behandeling (bijvoorbeeld dagprogramma bij ABC) mis ik nog wel wat informatie'*.

- 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 gezondheidstoestand 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.

In 2008 zijn er in de laatste twee weken bij 44% van de cliënten (enige) problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor de behandeling. In de vragenlijst HoNOS is hier een item over opgenomen dat betrekking heeft op de twee weken voorafgaand aan het interview met de persoonlijk begeleider/casemanager (zie tabel 14).

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 2008

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

In 2008 is er in de laatste twee weken bij 9% van de ABC-cliënten sprake van matig ernstige tot ernstige problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor de behandeling. In de voorgaande jaren varieerde dit van 5% tot 16% van de ABC-cliënten.

Er is (enig) gebrek aan medicatietrouw bij ongeveer een derde van de cliënten in 2008. In 2006 betrof dit ruim een kwart van de cliënten. Het aantal cliënten met een goede medicatietrouw leek tot 2007 wat toe te nemen maar in 2008 is dit verminderd (zie tabel 15). De verschillen zijn echter niet significant.

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 2008

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

De motivatie voor de behandeling en de medicatietrouw varieert per fase waar de cliënt in verkeert: *'ik begijp nu meer van mijn ziektebeeld. Ik zie het belang in van het goed gebruiken van medicijnen en ik kan kwade dingen beter laten liggen'*, aldus een cliënt.

Er zijn in 2008 geen cliënten uit ABC-zorg gegaan van wie de medewerkers dit onwenselijk vonden.

- 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 2008 tendeert lager te zijn dan in 2007 ($p=0,09$; $t=1,6$; $n=160$). Dit past in het beeld waarin over de hele linie een lager functioneren blijkt bij de cliënten van 2008 vergeleken met de voorafgaande jaren.

Bij de cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn, blijkt hun activiteiten- en participatieniveau sterk te stijgen. Op een schaal van 0 tot 74 stijgt dit in gemiddeld 1¼ jaar van 60,2 op T1 naar 64,5 op T2 (significant: $p=0,000$; $t=4,6$; $n=71$; groot effect: η^2 van 0,23). Van de zeven subschalen van het totale activiteiten- en participatieniveau verbeteren *contacten met personen van buiten de leefeenheid* ($p=0,000$; $t=5,2$; $n=71$), de *interne sociale integratie* ($p=0,003$; $t=3,0$; $n=73$), het *mediagebruik* ($p=0,003$; $t=3,1$; $n=71$) en *buiten de leefeenheid komen* ($p=0,019$; $t=2,4$; $n=72$).

- verloopt het herstel na een psychose nu sneller dan zonder ABC? (aan familieleden)

Over de verschillende uitkomstmaten heen¹⁶ blijkt, gedurende de 1¼ jaar dat cliënten aan ABC verbonden zijn, 19% van hen achteruit te zijn gegaan, 40 procent gelijk is gebleven, en 41% vooruit is gegaan.

Een moeder reageert op de vraag of het herstel met ABC sneller verloopt: *'ja, het herstel verloopt sneller. Mijn zoon heeft nog niet zo heel lang geleden weer een psychose gehad en door de opvang van ABC merk je toch dat hij er weer sneller bovenop is'*. Een andere moeder zegt men alert is op mogelijke symptomen van een psychose, wat als een geruststelling wordt ervaren. Een vader uit zich positief: *'ja, er is zeker sneller herstel te zien bij mijn zoon door ABC'*. Ten slotte een enthousiaste vader: *'ABC is voor mij en mijn zoon een levensredder. Het is gewoon fantastisch hoe ze mijn zoon hebben opgevangen'*.

Enkele ouders vinden het vervelend dat cliënten in het weekend in principe niet klinisch in ABC kunnen blijven. Want: *'in het weekend is de ziekte niet weg...'*, zo beargumenteert een vader. En: *'wat is de visie hierachter?'*, vraagt een moeder zich af. Een derde ouder vindt het in de weekenden naar huis moeten *'jammer'*. ABC heeft dit ingesteld met het doel om hospitalisatie tegen te gaan en de banden met het sociale systeem zoveel mogelijk in stand te houden of te herstellen.

¹⁶ Dit heeft betrekking op de onvervulde zorgbehoeften, het totaal aantal zorgbehoeften, de Vragenlijst functioneringsniveau en de totaalscore van de HoNOS: als er twee (of meer) van deze lijsten meer stijgen dan dalen, is de persoon aangemerkt als vooruit te zijn gegaan, en omgekeerd.

5. Beschouwing

Dit monitoringsonderzoek startte in 2004. Voorliggend verslag heeft betrekking op 2008 en vergelijkt de bevindingen met die uit 2004, 2005, 2006 en 2007. 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 die al enigszins was aangepast (ABC is nu ook gericht op jongeren met een psychotische kwetsbaarheid bij wie de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat) is verder gewijzigd. ABC richt zich daarnaast op jongeren die tussen wal en schip (dreigen te) vallen en bij wie een psychotische stoornis vermoed wordt. De cliënten van deze nieuwe instroom blijken, zoals verwacht, op verschillende gebieden meer beperkingen te hebben, meer zorgbehoeften, meer depressie en minder kwaliteit van leven. In 2008 is het ABC-cliëntenaantal met de helft gestegen. In totaal heeft ABC 144 cliënten in zorg, van wie er 20 klinisch zijn opgenomen. ABC is innovatief. Dit blijkt het meest concreet uit de volgende drie, voor Nederland unieke, 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 waarbij ABC-medewerkers elke vier maanden individuele feedback krijgen met een beoordelingscijfer bij de invoering van een *evidence-based* interventie.

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 tweede 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.

Vorig jaar is vastgesteld dat meerwaarde te verwachten zou zijn van systematische ondersteuning bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van doelen van de cliënt door middel van individuele rehabilitatie. Individuele rehabilitatie is een *evidence based*-interventie waarbij, ondanks trainingen en intensieve werkbegeleiding er in de ABC-praktijk maar weinig rehabilitatie-trajecten met cliënten liepen. En dat terwijl rehabilitatieonderwerpen als ‘gezelschap’ en ‘activiteiten’ de grootste onvervulde zorgbehoeften waren bij ABC-cliënten. Inmiddels is het rehabilitatiebeleid aangepast. ABC-medewerkers van wie rehabilitatietrajecten verwacht worden, 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.

De algemene tevredenheid is vergeleken met de voorafgaande jaren afgenomen tot gemiddeld Altrecht-niveau. Cliënten zijn enthousiast over de inzet van ervaringsdeskundigheid in het ABC-team. Cliënten zijn tevreden zijn over de ABC-hulpverleners en over hun inspraak bij de behandeling. De behoefte aan informatie over de behandeling daalt aantoonbaar nadat cliënten enige tijd aan ABC verbonden zijn. De afgesproken doelgroep (qua diagnose en leeftijd) wordt bereikt. Bij 22% van de ABC-cliënten staat de verslavingsproblematiek op de voorgrond. Cliënten voelen zich veilig op ABC en familie is tevreden over hun betrokkenheid bij de behandeling. De afdeling is financieel gezond en al jaren HKZ-gecertificeerd. ABC is in 2008 twee maal door professionals van buiten ABC geaudit en kwam goed uit de bus. De ene audit gaf aan ABC een gemiddeld rapportcijfer van 9,2 en de audit door de Inspectie sprak over ABC als *best practice*.

Over de resultaten van ABC (‘wat is de meerwaarde?’) is het opvallend dat bij de 79 cliënten met twee metingen (met gemiddeld 1¼ jaar tussen deze metingen) de ziekte lijkt te stabiliseren. Zowel in algemene zin inzake zorgbehoefte bij psychotische symptomen als ook in meer specifieke zin bij hallucinaties en wanen, is er sprake van stabilisatie. Ook andere psychiatrische symptomen – zoals depressie, cognitieve problemen, alcohol- en druggebruik, agressief gedrag en lichamelijke problemen – blijken te stabiliseren. Ook de kwaliteit van leven blijft tussen beide metingen gelijk.

De hoofduitkomstmaat van rehabilitatie betreft het activiteiten- en participatieniveau. Het gemiddelde activiteiten- en participatieniveau van cliënten met twee metingen verbeterde tussen de twee metingen significant. Er niet alleen sprake van een zeer significant effect maar ook van een sterk effect.

ABC lijkt goed aan te sluiten bij de onvervulde zorgbehoeften van cliënten: het aantal onvervulde zorgbehoeften neemt na gemiddeld 1¾ jaar sterk en significant af. Bijzonder is dat ook het totaal aantal zorgbehoeften van deze cliënten significant daalt.

De cliënten zijn onder te verdelen in 19% die achteruit is gegaan, 40% die ongeveer op een gelijk niveau zijn blijven functioneren en 41% die vooruit is gegaan.

De relatief grote tevredenheid van ABC-cliënten in 2006 en 2007 daalt in 2008. Er zijn minder cliënten die ABC aan een ander zou aanraden (daling van 94% naar 82%) en het rapportcijfer dat cliënten ABC geven daalt van een 8- naar het Altrecht-gemiddelde van een 7½.

Resultaten in vogelvlucht

Bij ABC is, zoals afgesproken, een zwaardere doelgroep ingestroomd met relatief veel beperkingen, met meer zorgbehoeften, meer depressie en een lagere kwaliteit van leven.

De meerwaarde van ABC blijkt, gemiddeld genomen, uit de volgende punten:

- de psychotische stoornis stabiliseert;
- andere psychiatrische stoornissen stabiliseren;
- het aantal onvervulde zorgbehoeften neemt sterk af;
- het totaal aantal zorgbehoeften neemt af;
- de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving (de hoofduitkomstmaat van rehabilitatie) stijgen sterk.

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 79 cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn en bij wie er gemiddeld 1¾ 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 1¾ jaar. De afstand tussen de start op ABC en de eerste meting is echter acht maanden (met een gemiddelde afwijking hiervan van acht maanden). Deze acht maanden en de grote gemiddelde afwijking hiervan geven aan dat voorzichtigheid bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten geboden is. Inmiddels is het beleid aangepast met als doel om deze afstand van acht maanden te verkorten.

Vervolg

Dit onderzoeksverslag bevat uitdrukkelijk geen doelstellingen voor 2009. Het verslag is de basis voor discussie. Naar aanleiding daarvan kunnen verbeterpunten en doelstellingen worden geformuleerd. Het onderzoek wordt in 2009 voortgezet. Met de eerder verkregen informatie kan gezien worden of de resultaten vastgehouden en wellicht verbeterd worden.

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 in 2008 en eventueel personen van buiten ABC naar datum, medewerker, titel van de activiteit, type activiteiten en toehoorders

<i>datum</i>	<i>wie</i>	<i>titel</i>	<i>activiteit</i>	<i>toehoorders</i>
21-02-08	TW	Functionele diagnostiek (+ nog 2 dagen)	3 trainings-dagen	Post-hbo Rehabilitation Counselor, te Den Dolder
25-02-08	TW	Rehabilitatie onder druk	presentatie	RIBW Drenthe te Assen
18-03-08	JL	Zwangerschap en psychiatrie	dagvoorzitter	psychiaters oost-Nederland te Deventer
03-04-08	TW	Vaardigheidsles (+ nog 2 dagen)	3 trainings-dagen	Post-hbo Rehabilitation Counselor, te Den Dolder
09-04-08	MP+TB	Werken met familieleden van Marokkaanse schizofreniepatiënten, dat is best mogelijk	workshop	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie te Amsterdam
23-04-08	TW	Symposium <i>Rehabilitatie in de praktijk voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis</i>	dagvoorzitter	Landelijk symposium te Utrecht
23-04-08	IS	Rehabilitatie(en)behandeling	presentatie	Landelijk symposium te Utrecht
23-04-08	IS+VN	Rehabilitatie en behandeling in ABC	workshop	Landelijk symposium te Utrecht
22-05-08	TW	Hulpbronnendiagnostiek (+ nog een dag)	2 trainings-dagen	Post-hbo Rehabilitation Counselor, te Den Dolder
22-05-08	IS	Kritische kenmerken van het milieu bij mensen met schizofrenie	presentatie	Jaarvergadering Platform Chronische psychiatrie
04-06-08	TW	Studiemiddag bij de presentatie van het <i>Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn</i> te Utrecht	middag-voorzitter	Studiemiddag te Utrecht
12-06-08	LQ	Iedereen kan (leren) werken!	workshop	Symposium <i>Zwerfjongeren in Utrecht. Wat hebben we nodig?</i> te Utrecht
12-06-08	HH+MV	Van de sloot naar de wal, een gezamenlijke verantwoordelijkheid	workshop	Symposium <i>Zwerfjongeren in Utrecht. Wat hebben we nodig?</i> te Utrecht
19-06-08	TW	Hulpbronneninterventies	trainingsdag	Post-hbo Rehabilitation Counselor, te Den Dolder
24-09-08	TW	Symposium <i>Rehabilitatie in de praktijk voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis</i>	dagvoorzitter	Landelijk symposium te Utrecht
24-09-08	IS	Rehabilitatie(en)behandeling	presentatie	Landelijk symposium te Utrecht
24-09-08	IS+VN	Rehabilitatie en behandeling in ABC	workshop	Landelijk symposium te Utrecht
29-09-08	MF	Mijn herstelverhaal	themamiddag	<i>Reïntegreren doe je zelf</i> , PRB/IRO te Utrecht
28-10-08	MF	Ervaringen uit de ABC-praktijk met ervaringsdeskundigheid	themamiddag	<i>Aan het werk met psychische klachten</i> , Trijn van Leemput te Utrecht
30-10-08	TW	Implementatie van de irb in teams en afdelingen (+ nog 4 dagen)	5 trainings-dagen	Post-hbo Rehabilitation Counselor, te Groningen
06-11-08	MF	Interview als ervaringsdeskundige	plenair interview	<i>Ervaringsdeskundige begeleiders in de ggz</i> te Rotterdam
20-11-08	IS+RV	Ontwikkelingen in de gezinsbenadering bij schizofrenie	workshop	Schizofreniecongres Zorg voor kwaliteit! te Zwolle
20-11-08	TW+GD+TF+MB	Monitoringsonderzoek: een belangrijk kwaliteitsinstrument	workshop	Schizofreniecongres Zorg voor kwaliteit! te Zwolle
20-11-08	MF	Ja, je werkt hier aan wat je wil in je leven	focusgroep	Vakvereniging voor Ervaringswerkers
26-11-08	FM	Ervaringen inzetten: meer doen!	presentatie	symposium Herstel; GGz Oost-Brabant te Den Bosch
18-12-08	FM+TW	Kijk op Irb-Kwaliteit (KIK). Hulpverleners krijgen individuele feedback met een beoordelingscijfer	workshop	landelijk rehabilitatiecongres Sociale relaties & burgerschap te Utrecht
18-12-08	TR+DK	Bemoeirehabilitatie	workshop	landelijk rehabilitatiecongres Sociale relaties & burgerschap te Utrecht

Schema 2. Publicaties in 2008 van ABC-medewerkers naar maand, vermelding en type publicatie

datum	verwijzing	type
mrt 08	Enden, E. van den (2008). 'Ik had de avond van mijn leven'. <i>Evaluatie van bemoei-ontspanning voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis: het buddyproject</i> . Utrecht: ABC.	onderzoeks verslag
april 08	Marquenie, F., I. Veenstra & T. van Wel (red.) (2008). <i>Hoop doet leven. Ervaringsverhalen van jongvolwassenen met een psychotische stoornis over hun rehabilitatie en behandeling bij ABC</i> . Utrecht: ABC.	boek
juni 08	Wel, T. van (2008). <i>ABC: rehabilitatie-afdeling. Onderzoeksverslag over ABC in 2007</i> . Utrecht: ABC.	onderzoeks verslag
juni 08	Dröes, J., T. van Wel & L. Korevaar (2008). Rehabilitatie en herstel. In L. Korevaar & J. Dröes (red.) <i>Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn</i> . Bussum: Coutinho, p. 25-34.	hoofdstuk
juni 08	Dröes, J., L. Korevaar & T. van Wel (2008). De plaats van rehabilitatie in de hulpverlening. Over kenmerken en competenties. In L. Korevaar & J. Dröes (red.) <i>Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn</i> . Bussum: Coutinho, p. 69-86.	hoofdstuk
juni 08	Wel, T. van & J. Dröes (2008). Rehabilitatie als specifiekgerichte benadering. Over rehabilitatieopvattingen in Nederland. In L. Korevaar & J. Dröes (red.) <i>Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn</i> . Bussum: Coutinho, p. 87-104.	hoofdstuk
juni 08	Jong, M. de & T. van Wel (2008). Milieurehabilitatie. Een methode om via de omgeving met maximale betrokkenheid van cliënten hun activiteiten en participatie te vergroten. In L. Korevaar & J. Dröes (red.) <i>Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn</i> . Bussum: Coutinho, p. 153 – 168.	hoofdstuk
sept 08	Wel, T.F. van, I.H. Siteur, & F.M. Marquenie (2008). Rehabilitatie voorop bij jongvolwassenen met een psychotische stoornis. In A. Plooy, S. van Rooijen, & J. van Weeghel (red.) <i>Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009</i> . Amsterdam: SWP, p. 223 – 232.	hoofdstuk
okt 08	Wel, T.F. van (2008). Rehabilitatie werkt. <i>Psy. Tijdschrift over geestelijke gezondheid en verslaving</i> , 12 (9), 35.	ingezonden brief
okt 08	Wel, T.F. van, T. Rusting & E. van den Enden (2008). Bemoeirehabilitatie bij zorgwekkend inactieve jongeren. Het ABC-buddyproject. <i>Maandblad Geestelijke volksgezondheid</i> , 63, 221-233.	artikel
nov 08	Batist, J. (2008). <i>Familie-interventies in de behandeling van jongeren met een psychose. Een literatuuroverzicht naar het effect van ondersteuning en behandeling van families van jongeren met een psychotische stoornis</i> . Amsterdam: UvA..	bachelorthese
nov 08	Wel, T. van (2008). <i>Lesplan Kijk op Irb-Kwaliteit (KIK). Over de borging in begeleidingsgesprekken</i> . Groningen / Rotterdam: Hanzehogeschool / St. Rehabilitatie '92.	lesplan
mrt 09	Wel, T.F. van & F.M. Marquenie (2009). Vrijblijvendheid doorbroken. Individuele beoordelingscijfers voor hulpverleners. <i>Maandblad Geestelijke volksgezondheid</i> , 64, 156-166.	artikel

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

Delft, S. van (2008) 'Het was een meesterlijke zet'. <i>Psy. Tijdschrift over geestelijke gezondheidszorg en verslaving</i> , januari 2009, 15. (interview met cliënt ABC).
Kaa, H. van der (2008). Activeren begint voor de buis. Schizobuddy maatje helpt patiënt om weer iets te ondernemen. <i>Algemeen Dagblad – Utrechts Nieuwsblad</i> 11-12-2008. (interview met cliënt ABC, TR en TW).
Lochy, R. (2008). Rehabilitatie vanaf de eerste dag. <i>Maandblad Geestelijke volksgezondheid</i> , 63 (9), 742-745 (bespreking van het symposium dat ABC mede organiseerde).
Muijen, A. (2009). Rapportcijfers voor de hulpverlener. <i>Psy. Tijdschrift over geestelijke gezondheidszorg en verslaving</i> , januari 2009, 9-11.
<i>Nieuwsbode</i> 3-12-2008: Eerste prijs voor buddyproject.
<i>Radio 1: De andere wereld</i> 16-03-2008. Over ervaringsdeskundigheid: interview met MF.
Roosenschoon, B.-J. (2008). Bespreking van congres Rehabilitatie en herstelondersteunende zorg. <i>Tijdschrift voor Rehabilitatie</i> , 17 (1), 65-69 (met bespreking van de openingslezing van TW).
Vermeulen, M. (2008). Ex-patiënten steeds vaker werkzaam in de zorg. <i>De Volkskrant</i> 22-02-08 (interview met MF en RV).
<i>Psy – digitale nieuwsbrief</i> op 25-11-2008: <i>ABC-buddyproject wint de eerste prijs op schizofreniecongres</i> .
<i>Psy – digitale nieuwsbrief</i> op 18-02-2009: <i>Groepsfamiliebegeleiding bij Altrecht ABC groot succes</i> .

ABC-medewerkers: Truus van den Brink (TB), Marga Figlarz (MF), Tessa Franse (TF), Hans den Houdijker (HH), Diana Kleijzen-Laponder (DK), Just van der Linde (JL), Fred Marquenie (FM), Venu Nieuwenhuizen (VN), Linda Qué (LQ), Ingeborg Siteur (IS), Tom van Wel (TW).

Anderen: Marijke Boltten, Altrecht SPB-Zeist (MB), Gerard Driedonks, Altrecht SPB-Zeist (GD), Margreet de Pater, Bavo-Europoort (MP), Tom Rusting, Ypsilon (TR), Roos de Valk, Parnassia (RV), Roxanne Vernimmen, Raad van Bestuur Altrecht (RV), Martin Voerman, UMCU (MV).