



*ABC Centrum voor rehabilitatie en behandeling
voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis*

Bezoekadres: Lange Nieuwstraat 52

Postadres: ABC-straat 8
3512 PX Utrecht

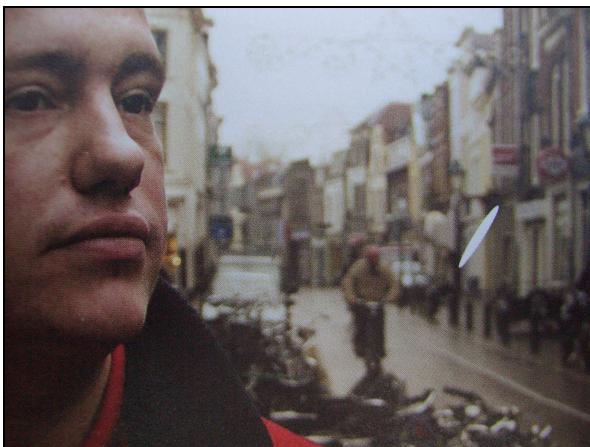
Telefoon: 030-2399070

www.altrecht.nl

‘Mijn leven was helemaal zoek’

Onderzoeksverslag over ABC in 2006

Tom van Wel
9 april 2007



Inhoudsopgave

1. Inleiding	3	
2. Monitoringsonderzoek	4	
2.1 Is ABC opgezet zoals is bedoeld?	5	Met opmaak: opsommingstekens en nummering
2.2 Functioneert ABC zoals is bedoeld?	10	
2.3 Wat is de meerwaarde van ABC?	16	
2.4 Aanvullende adviezen en opmerkingen	25	
2.5 Onderzoeksgegevens samengevat	26	
3. Kwaliteitsjaarverslag	27	
3.1 Klachten	27	Met opmaak: opsommingstekens en nummering
3.2 Meldingen van incidenten	27	
3.3 Ziekteverzuim	28	
3.4 Audits	28	
3.5 Verbetertrajecten	28	
3.6 Meetbare doelstellingen van de primaire processen	28	
4. Beschouwing	31	
4.1 Samenvatting	31	Met opmaak: opsommingstekens en nummering
4.2 Beperkingen van het onderzoek	31	
4.3 Vervolg	32	
Bijlage	33	

1. Inleiding

Dit onderzoeksverslag gaat over ABC in 2006. ABC is een specialistische voorziening voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis in de regio Midden-Westelijk Utrecht. 2006 is het derde onderzoeksjaar. ABC startte medio 2002 als project met als doel om de kwaliteit van zorg voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis te verbeteren door hen een optimaal zorgpakket te bieden. Het onderzoek was aanvankelijk opgezet om na te gaan of ABC aan de projectdoelstellingen voldeed.

Sinds 2005 is ABC geen project meer. ABC is een afdeling van Altrecht die valt onder de divisie Willem Armtsz. Er is een richtinggevend meerjarenbeleidsplan getiteld *ABC-kompas: bedrijfsplan tot 2008*. De missie van ABC is: *jongvolwassenen met een psychotische stoornis 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 jongvolwassene, direct betrokkenen en ketenpartners*. Kenmerkend is dat naast de behandeling van de psychotische stoornis, bijvoorbeeld door medicatie en psychotherapie, er veel aandacht is voor het dagelijks functioneren en de deelname aan de samenleving, met name door rehabilitatie. Rehabilitatie en behandeling worden zoveel mogelijk ambulant geboden.

Sinds augustus 2005 is ABC HKZ-gecertificeerd. Dit houdt in dat het kwaliteitsmanagementsysteem, zoals beoordeeld door *Lloyd's Register*, voldoet aan de eisen die gesteld zijn door patiënten, financiers, overheid en de ggz-sector zelf. In ABC maakt het onderzoek deel uit van het primaire proces. In het voorliggende onderzoeksverslag, dat tevens het kwaliteitsjaarverslag omvat, kijken wij terug naar 2006 en beschrijven wij de stand van zaken van ABC begin 2007.

Veranderingen in 2006

ABC groeit gestaag door. Begin 2004 had ABC 23 cliënten in zorg, begin 2005 waren er 51, begin 2006 waren er 86, en begin 2007 stijgt dit door naar 102 cliënten. Begin 2007 betreft dit 20 klinisch opgenomen cliënten en 82 ambulante cliënten. De ambulante cliënten hebben elk een casemanager en kunnen gebruik maken van het deeltijdprogramma. Daarnaast zijn er nog vier cliënten die op ABC modules van het deeltijdprogramma volgen terwijl de coördinatie van de zorg buiten ABC ligt.

Van de ABC-cliënten is 73% man en 37% is allochtoon verdeeld over 15 verschillende nationaliteiten. 32% heeft een niet-Westerse allochtone achtergrond waarbij de Marokkaanse (10%) en de Turkse (5%) het meeste voorkomen.¹ De gemiddelde leeftijd van de cliënten is ruim 23 jaar en 60% is verwezen door het UMC Utrecht.

ABC is in 2006 verder veranderd. ABC is zich expliciet ook gaan richten op jongvolwassenen met een psychotische stoornis waarbij de verslaving op de voorgrond staat. Het heeft betrekking op cliënten die een open setting aankunnen en die geen gevaar opleveren voor medecliënten. Gezien de verbondenheid van psychosegerelateerde problematiek van de jongvolwassenen met verslavingsgerelateerde problematiek, had ABC in de loop van de jaren al ervaring opgedaan met cliënten met deze dubbele problematiek. Om aan de zorgbehoefte van deze doelgroep beter tegemoet te komen is de klinische capaciteit van ABC met zes plaatsen uitgebreid tot 20 plaatsen. Nu beschikt ABC over vier huizen voor cliënten: twee naast elkaar gelegen herenhuizen op de Lange Nieuwstraat (met elk zeven plaatsen) en twee woningen op de Nicolaasstraat (met elk drie plaatsen). Bij de helft van de klinisch opgenomen cliënten staat de verslaving op de voorgrond terwijl dit voor 16% van de ambulante cliënten geldt. Van alle ABC-cliënten te zamen staat bij 23% van hen verslaving op de voorgrond.

In het najaar van 2006 is ABC overgeschakeld op het elektronisch patiëntendossier (epd). Verder heeft ABC veel aandacht geschonken aan het beschrijven van processen die betrekking hebben op de administratieve organisatie, als toevoeging en uitwerking van de procesbeschrijvingen in het kader van het HKZ-certificaat. De DBC-registratie en de productieregistratie hebben ook veel tijd geleverd en zijn nagenoeg op orde. Voorts is er een teamdag gehouden om stil te staan bij de vele veranderingen van de laatste jaren, met name de afstand die in de jaren is ontstaan tussen de uitvoerende hulpverleners en het management. De grootste veranderingen in de teamsamenstelling hebben betrekking op het aanstellen van een tweede gastvrouw en een tweede psychiater.

Actief buiten ABC

ABC-medewerkers zijn ook actief buiten ABC. Sinds 2005 neemt een ABC-medewerker, namens Altrecht, deel aan het bestuur van het landelijk Kenniscentrum Schizofrenie. In 2005 en in 2006 organiseerde dit Kenniscentrum druk bezochte landelijke congressen waarbij ABC samen met respectievelijk het UMCU en het Psychosencircuit van GGz Drenthe een workshop gaf. ABC is opnieuw betrokken bij de organisatie van het derde landelijke congres van het Kenniscentrum Schizofrenie in november 2007. ABC zal daarnaast in samenwerking met de Hanzehogeschool Groningen met de GGzEindhoven een symposium organiseren.

¹ De stad Utrecht heeft 31% allochtonen van wie 24% niet-Westers: 9% is Marokkaans en 4% Turks (www.utrecht.nl).

Voorts zijn twee ABC-medewerkers als docent/consulent verbonden aan Stichting Rehabilitatie '92 en twee anderen zijn opgeleid tot 'werkbegeleider rehabilitatie: individu en milieu'. Een medewerker is als trainer en coach actief en als zodanig verbonden aan het ROC Midden Nederland en aan de Hogeschool van Utrecht. Ten slotte maakt een ABC-medewerker deel uit van de Commissie Cliëntparticipatie die bij het ontwikkelen van Multidisciplinaire Richtlijnen toeziet op de inbreng van het cliëntenperspectief.

Publicaties van ABC-medewerkers verschenen in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, het *Tijdschrift voor Rehabilitatie* en in *Deviant – tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij*. Presentaties en soortgelijke activiteiten van ABC-medewerkers staan in de bijlage vermeld.

2. Monitoringsonderzoek

De terugblik op 2006 gebeurt aan hand van de onderzoeksgegevens. Medio 2004 is een praktijkgestuurd onderzoek van start gegaan dat fungeert als kwaliteitsmonitor van ABC.

Het streven van ABC is in drie doelen op te splitsen:

1. ABC is opgezet zoals is bedoeld;
2. ABC functioneert zoals is bedoeld;
3. ABC heeft een meerwaarde.

Het onderzoek geeft inzicht in hoeverre deze doelen worden behaald. Daartoe zijn per doel onderzoeksvraagstellingen geformuleerd. Elk van deze onderzoeksvraagstellingen is onderverdeeld in subvraagstellingen. De onderzoeksvraagstellingen, de subvraagstellingen en een samenvatting van de uitkomst op de verschillende vraagstellingen passeren in onderstaand onderzoeksverslag de revue.

Kwaliteitsjaarverslag

In augustus 2005 is ABC gecertificeerd volgens de normen van de HKZ (ISO 9001-2000). Het kwaliteitsjaarverslag is een onderdeel van het onderzoeksverslag.

Gegevensverzameling

Zoals vermeld in het onderzoeksvoorstel is van verschillende gegevensverzamelingsmethoden gebruik gemaakt. De onderzoeksgegevens zijn, in samenwerking met cliënten, familieleden en medewerkers van ABC, verzameld door Cindy Wijsbek (tot december 2006), Eefje van den Enden (vanaf december 2006) en Tom van Wel. Hieronder staan de methoden van gegevensverzameling beschreven.

Groepsinterviews met opgenomen cliënten

Er zijn 11 groepsinterviews gehouden met opgenomen cliënten: 7 interviews op Lange Nieuwstraat 52 en 4 interviews op Lange Nieuwstraat 52a. Er waren gemiddeld vijf cliënten bij deze groepsinterviews aanwezig. Deze groepsinterviews vonden plaats in de maanden september, oktober, november 2006 en in januari 2007 en maakten deel uit van het wekelijkse 'huiskameroverleg'.

Groepsinterview met ambulante cliënten

Er is besloten om in 2006 geen groepsinterview met ambulante cliënten te organiseren. In 2004 en 2005 was de belangstelling voor dit groepsinterview beperkt: beide jaren waren vier cliënten aanwezig. Gezien de relatief grote tijdsinvestering gecombineerd met de ruime omvang van de exitinterviews en van de interviews ten behoeve van de voorbereidingen van de zorgplanbesprekingen, was de verwachte meerwaarde van zo'n groepsinterview beperkt en er is daarom van af gezien.

Groepsinterview met familieleden

In tegenstelling tot de voorafgaande jaren zijn familieleden in 2006 niet voor het onderzoek benaderd. Dit is een groot gebrek en in strijd met het onderzoeksvoorstel. De informatie waarop onderzoeksverslag is gebaseerd zou immers af moeten komen van cliënten, hulpverleners én familieleden. Daardoor kan het onderhavige verslag op zijn hoogst een 'beperkt onderzoeksverslag' genoemd worden.

De wijze waarop familieleden in de voorafgaande jaren bij het onderzoek betrokken zijn, een groepsinterview tijdens een deel van een familieavond, wordt als onbevredigend beschouwd. Het voornemen is om dit in 2007 aan te passen. Hierbij wordt gedacht aan korte telefonische interviews en/of aan spiegelbijkomsten en/of aan het opzetten van een familiecontactgroep.

Groepsinterviews met medewerkers

In december 2006 en in januari 2007 is drie maal de helft van de teammiddag gebruikt ten behoeve van het onderzoek onder medewerkers. Hierbij waren gemiddeld 15 medewerkers aanwezig.

Exitgesprekken met cliënten

Cliënten die met ontslag gaan uit de kliniek van ABC en cliënten die helemaal uit zorg gaan bij ABC komen in aanmerking voor een exitgesprek. In 2006 hebben 26 exitgesprekken plaatsgevonden. In 2005 waren er 19 exitgesprekken en in 2004 waren dat er 10.

Exitgesprekken met de persoonlijk begeleider/casemanager van de betreffende cliënt

Ook de persoonlijk begeleider/casemanager van de cliënt die met ontslag uit de kliniek is gegaan bij ABC of van de cliënt die helemaal uit zorg is gegaan bij ABC, is geïnterviewd over de betreffende cliënt. Dit betrof 30 exitgesprekken (vier cliënten konden of wilden niet meer geïnterviewd worden).

Interviews met de cliënt ter voorbereiding van de zorgplanbespreking

Het streven is om zoveel mogelijk cliënten één maal per jaar individueel te interviewen. Het doel is om de afgelopen periode systematisch te evalueren en de komende zorgplanbespreking voor te bereiden. Dit gebeurt aan de hand van de vragenlijsten QoL (over kwaliteit van leven), CAN (over zorgbehoeften) en de GGz Thermometer (over tevredenheid). Van het interview wordt een samenvatting gemaakt die een rol speelt bij de voorbereiding van de zorgplanbespreking.

Interviews met de persoonlijk begeleider/casemanager van de betreffende cliënt ter voorbereiding van de zorgplanbespreking

Eén maal per jaar wordt ook de betrokken persoonlijk begeleider/casemanager geïnterviewd. Hiervoor worden de volgende vragenlijsten gebruikt: CAN (over zorgbehoeften), HoNOS (over algemeen functioneren) en de Vragenlijst functioneringsniveau (over activiteiten en deelname aan de samenleving).

In 2006 zijn over 66 cliënten 70 metingen beschikbaar (over 4 cliënten zijn er in 2006 twee metingen). Van de cliënten met deze 70 metingen in 2006 zijn er 35 met een eerdere meting beschikbaar. In 2005 waren over 51 cliënten onderzoeksgegevens beschikbaar waarvan het bij 15 van hen een tweede meting betrof.

Losse tellingen

Deze gegevensverzamelingsmethoden zijn aangevuld met een aantal losse tellingen, bijvoorbeeld het aantal cliënten in zorg, hun leeftijd en actuele, individuele zorgplannen.

2.1 Is ABC opgezet zoals is bedoeld?

Deze onderzoeksvraagstelling is, zoals al vermeld, in subvraagstellingen uitgewerkt. De subvraagstellingen staan steeds achter de zwarte puntjes weergegeven waarna deze beantwoord worden.

- is men tevreden over de huisvesting?
- is het project kleinschalig / zoveel als mogelijk genormaliseerd (lijkt zo min mogelijk op een ziekenhuis)?

Cliënten zijn, net als in de voorafgaande jaren, enthousiast over de huisvesting: *'ik zou hier wel vijf jaar kunnen wonen'*, geeft een opgenomen cliënt enthousiast aan. Een andere cliënt beschrijft concreet: *'het scheve vind ik mooi; het zijn mooie en hoge slaapkamers; het is netjes en er ligt mooi zeil'*. Veel cliënten vinden het prettig dat ABC niet op het terrein van het nabij gelegen Willem Arntsz Huis staat *'waar je eerst langs een hek moet gaan en ik meer een opgesloten gevoel krijg'*, zoals een cliënt het uitdrukt. Een cliënte geeft aan in ABC *'niet het gevoel te hebben in een psychiatrisch ziekenhuis te zitten'*. De kleinschaligheid vindt men prettig. Aan de ene kant zouden sommige opgenomen cliënten kleinere groepen voorstaan (*'het is dan minder druk'*), terwijl wat grotere groepen ook voordelen kunnen hebben (*'van anderen kan je weer leren'*).

Niet alle cliënten ervaren de inrichting van ABC als huiselijk. Met name vrouwelijke cliënten zien verbeterpunten: *'het is te saai ingericht: overal dezelfde stoelen en overal zeil is niet huiselijk; het rookhok is saai zonder radio, zonder goede lampen en zonder kleuren aan de muur'*. Aanvullingen van een andere

cliënte: *'het is nu te strak ingericht; ik wil lekkere hangbanken'*. Een mannelijke cliënt: *'dat schilderij (met vijf glazen en bloemen) is helemaal niks; ik heb liever iets met een auto of met voetbal'*. De aanwezigheid van anderen bepaalt ook het gevoel van huiselijkheid: *'mensen om je heen waar je mee kunt praten, die in hetzelfde schuitje zitten'*. De huiselijkheid kan ook worden aangetast doordat er vervelende dingen gebeuren waardoor bijvoorbeeld sommige mensen bezinningsverlof kregen. Opvallend is dat een cliënt, die meer dan eens met bezinningsverlof is gestuurd, over de betreffende huisregels positief is: *'de huisregels zijn prima; dat is echt een pluspunt'*.

De ligging in het centrum wordt als positief ervaren. De ligging in het centrum heeft ook een keerzijde. Zo geeft een cliënt aan: *'het is niet fijn dat er coffeeshops in de buurt zijn omdat ik daardoor blow en dat wil ik niet'*. Een andere cliënt ziet dit niet als negatief: *'dan leer je ze alvast te weerstaan'*, zo geeft hij aan.

Medewerkers zijn, net als in de voorafgaande jaren, over de locatie onverminderd positief: *'ABC is prachtig, heeft geen depressieve uitstraling zoals het Willem Arntsz Huis' en 'gaaf!'*. In hun ogen biedt het centrum, zeker voor jongvolwassenen, voordelen om activiteiten te ondernemen. De deeltijdruimte vinden alle medewerkers *'mooi'*, hoewel er kritiek is op de verlichting en de akoestiek: *'voor groepsbijeenkomsten is de ruimte slecht, je ziet elkaar niet goed en je kunt elkaar niet goed verstaan'*. Anderen vinden het nadelig dat er geen ramen open kunnen. Het verpleegkantoor ervaart men, net als vorig jaar, als knelpunt. Maar *'er wordt nu wat aan gedaan'*, aldus een medewerker. De ingebruikname van de twee woningen aan de Nicolaasstraat (met elk drie cliënten) ervaren de medewerkers als positief: *'voorheen was het een bouwval en nu meer een luxe appartement'*. De 500 meter afstand tot de hoofdlocatie van ABC ervaart men niet als een probleem. Bij het plaatsen van cliënten wordt met deze afstand rekening gehouden: van deze cliënten wordt een grotere mate van zelfstandigheid verwacht.

Soms, met name op de maandagen en de dinsdagen, is er een tekort aan gespreksruimtes om een cliënt rustig onder vier ogen te spreken. Mede om meer gespreksruimtes te hebben voor persoonlijk begeleiders en casemanagers zijn de twee psychologen verhuisd naar de 500 meter verderop gelegen Nicolaasstraat. De casemanagers houden bij het maken van afspraken overigens niet expliciet rekening met de beperkte beschikbaarheid van gespreksruimtes en stellen zich flexibel op: *'soms ga ik maar wandelen met een cliënt'*. Maar al met al: *'het gaat redelijk'*. Soms vindt een gesprek tussen cliënt en casemanager noodgedwongen plaats op het casemanagementkantoor dat tevens een doorloopfunctie heeft en waar nog drie andere casemanagers bijvoorbeeld telefoneren of andere werkzaamheden doen. Hoewel men in zo'n situatie vanwege het respecteren van de privacy soms de inhoud van een gesprek ter plekke moet aanpassen, ervaart men dit niet louter als nadelig: *'het positieve is dat het niet zo statisch is, er is een terloopsheid waarbij mensen wat door elkaar heen lopen. Het geeft een laagdrempelige uitstraling; een gewone omgeving'*.

Veel medewerkers vinden dat ABC normen hanteert ten aanzien van het gedrag van cliënten die ook gebruikelijk zijn in de samenleving. Er ontstaat onder de medewerkers wel discussie of de tijd van de dagopening wel zo normaal is: *'anderen zitten om 8:30 uur in de schoolbanken terwijl je hier om 9:00 uur wordt gewekt'*. Op dit punt lijken medewerkers de in de samenleving gebruikelijke normen aan te passen. Zo verwoordt één van hen: *'van sommigen kun je dat vroege opstaan simpelweg niet vragen. Zo'n ritme moet je niet persé doordrukken. De meeste cliënten zitten er zelf ook mee in hun maag'*. Een andere medewerker merkt zelfkritisch op: *'misschien beschouwen we ze te veel als ziek'*. Anderen ontkennen dit. Een medewerker benadrukt het procesmatige: *'je moet het zien als een proces: als iemand verder is in zijn herstel, kun je het opstaan ook beter oppakken'*. Duidelijk is dat het in de praktijk vormgeven van 'een zo normaal mogelijke' benadering geregeld aandacht behoeft. Dit onderwerp is cruciaal in de milieurehabilitatie en mede daarom van groot belang voor ABC, dat pretendeert voornamelijk op rehabilitatie gericht te zijn. In ABC is het streven naar zoveel mogelijk normalisatie dan ook geregeld onderwerp van gesprek.

- is er een gevarieerd groepsprogramma voor de cliënten?
- hebben cliënten voldoende daginvulling?

Uit de exitinterviews van opgenomen cliënten blijkt dat 2/3^e vindt dat er voldoende daginvulling was. Een cliënte somt op: *'ja: school, vrijwilligerswerk, muziek, corvee, tai chi, gastvrouw helpen, creatieve inloop en huiskameroverleg'*. En een andere: *'ja, ik ben tevreden: wakker worden, dagopening, sporten, lunch, Liberman, over problemen praten, avondeten en 's avonds vrij. Goed georganiseerd!'*. Het aantal activiteiten kan volgens een cliënte ook te veel zijn: *'ik had ook mijn rust nodig en kwam daar niet altijd aan toe. Elke keer in zo'n groep geduwd; ik ben een einzelgänger'*. 1/3^e van de cliënten vindt dat er onvoldoende daginvulling was. Een cliënt noemt wat hij miste: *'ik wilde ook knutselen, tekenen, schilderen, gamen en naar het strand gaan'*. Een ander: *'ik had wel meer daginvulling willen hebben, ik had bijvoorbeeld willen werken'*.

Ingewikkeld ten aanzien van daginvulling is dat er geen ideaal programma bestaat dat voor alle individuen goed werkt. Sommige cliënten geven aan niet veel te ondernemen en dit ook prima te vinden: *'het was genoeg; ik wilde niet veel doen'*, zo geeft een cliënte aan. En een andere cliënt: *'nee, ik deed bijna niets op een dag: sporten, lunchen, avondeten. Ze hadden me niet meer hoeven te stimuleren maar ook niet minder. Het was redelijk afgestemd om mijn behoeften'*. Alleen het aanbieden van activiteiten is niet voldoende. Een cliënt hierover: *'er is genoeg te doen. Ze hebben allerlei dingen geregeld. Je zult toch zelf iets op moeten bouwen. Je moet wel willen. Je moet je open stellen voor behandeling. Ik ben er tevreden over'*.

De direct betrokken persoonlijk begeleiders lijken vaak kritischer dan hun cliënt: bij de helft van de betreffende cliënten vinden zij de daginvulling voldoende en bij de andere helft onvoldoende. Soms was een medewerker tevreden over de daginvulling van zijn cliënt, terwijl de cliënt aangaf weliswaar het dagprogramma te volgen *'omdat ik bezig wou zijn, maar ik ervoer verveling. Na het avondeten was er geen programma. Dan kan ik in een neerwaartse cirkel komen: mensen om je heen gaan blowen. Uit verveling ga je mee blowen'*. Vaker zou de medewerker de daginvulling van de cliënt willen verbeteren. Zoals bijvoorbeeld bij een cliënt die tevreden is maar de medewerker niet: *'absoluut niet: hij heeft nooit dagbesteding gehad. Hij begint vaak aan iets maar zet niet door. ABC heeft van alles geprobeerd'*.

Over de variatie van het groepsprogramma lijken de meeste cliënten en medewerkers tevreden. Cliënten geven de gevarieerdheid een rapportcijfer 7. Het aanbieden van meer groepsbijeenkomsten krijgt geen bijval: *'het is goed zo: er wordt al veel aangeboden'*, aldus een cliënt. Het sporten vinden cliënten belangrijk: *'de fitnesszaal is mooi. Het is wel belachelijk dat de gymzaal is gehalveerd'*. Cliënten geven als suggestie om het sporten naar vier maal per week uit te breiden en het zwemmen naar twee maal per week. Ook noemt men een langer zomerprogramma en meer dagjes uit. Over de wenselijkheid van een playstation zijn de meningen verdeeld. Eén cliënt wil liever geen playstation in huis omdat die zou leiden tot een grotere passiviteit. Een ander heeft als argument daar tegen: *'dat is nog actiever dan niks doen en tegen sigaretjes aantrappen'*. Er zijn inmiddels vier computers voor cliënten met internetverbinding, die niet meer zo traag zijn als vermeld in het onderzoeksverslag van 2005.

In 2004 werden de 'activiteiten overdag' door 62% van de cliënten en/of hun directe begeleider als onvervulde zorgbehoefte beschouwd. Het was daarmee de grootste onvervulde zorgbehoefte in 2004 (zie tabel 11). In 2005 is mede door een aangepast beleid dit teruggedrongen naar 37%. In 2006 is dit op 39% nagenoeg gestabiliseerd. Desalniettemin zijn de activiteiten overdag nog steeds een van de grootste onvervulde zorgbehoeften.

- is er voldoende multidisciplinaire variatie in het team?
- functioneert de interdisciplinaire samenwerking naar tevredenheid? (alleen medewerkers)

Ten aanzien van de interdisciplinaire variatie en samenwerking zijn de medewerkers tevreden. Enkele maanden is er sprake geweest van een tekort aan beschikbare psychiaters, wat deels is opgelost door het tijdelijk aanstellen van een arts en door ondersteuning van psychiaters van buiten ABC. Sommige cliënten hebben in die tijd hun onvrede geuit over de beschikbaarheid van de artsen: *'als een afspraak niet doorgaat duurt het lang voordat we die afspraak opnieuw kunnen doen'*, zo schreef bijvoorbeeld een cliënt als toelichting bij de vragenlijst *GGz Thermometer*. En een ander: *'vervelend dat er steeds van psychiater gewisseld wordt'*. En een derde cliënt: *'ondanks het feit dat ik steeds zeer prettige specialisten heb gehad, krijg ik nu al mijn derde. Dit is niet prettig voor de continuïteit'*. In september is er een tweede psychiater aan ABC verbonden die teambreed, met name ook vanwege haar inhoudelijke inbreng, als een aanwinst wordt ervaren. De samenwerking met de (inmiddels tweede) psychiater in opleiding verloopt goed. Voor de andere medewerkers is de grotere beschikbaarheid voelbaar: *'het geeft rust dat een cliënt nu snel een arts kan zien. Nu merken we duidelijk dat we dat een tijd gemist hebben'*.

Ten aanzien van de trajectbegeleider werken en leren is er een kleine verschuiving gaande: wat meer richting leren (met name terug naar school) en wat minder richting werk. Het werk betreft, ondanks het aanvankelijke streven naar zoveel mogelijk betaald werk (wat een uitgangspunt van *Individual Placement and Support* is), vooral vrijwilligerswerk. Vanuit het team is er de wens dat de trajectbegeleider ook op de werkplek zelf begeleiding en ondersteuning biedt, wat thans niet gebeurt. In het verlengde van het medewerkersinterview van vorig jaar wordt nu wat nadrukkelijker de wens geuit dat de trajectbegeleider in sommige gevallen zich ook proactief opstelt wanneer een traject met de cliënt lijkt te stagneren. Dit in tegenstelling tot de bal geheel bij de cliënt te leggen wanneer hij blijkbaar niet eraan toe is om het veranderingsproces aan te gaan. Een psychiater geeft aan dat er meer succes bereikt zou kunnen worden als de expertise van casemanagers en psychiaters over de omgang met de cliënt in het traject worden ingezet. De aanwezigheid van een specifieke functionaris voor werken en leren wordt, ook door cliënten, zeer gewaardeerd.

Binnen ABC is een ervaringsdeskundige in opleiding aanwezig. Deze persoon heeft ervaring als cliënt in de psychiatrie en volgt de opleiding in Rotterdamse tot begeleider GGz met ervaringsdeskundigheid (de BGE-opleiding) met een stage van twee jaar in ABC. Deze rol is voor iedereen nieuw. Langzaam wordt de meerwaarde duidelijk: *'ze heeft veel verstand van hoe het verblijf hier voor cliënten aanvoelt'*, geeft een 24-uursmedewerker aan. En: *'ze is goed in de subtiele bejegening en waakt ervoor dat sommige dingen geen holle frases worden'*, volgens een psychiater. *'Ik zie haar als een bron van inspiratie: dat cliënten ook zover kunnen komen als zij'*, zo zegt een derde. En tenslotte weer een andere medewerker: *'ze is persoonlijk naar cliënten toe; je hoeft maar naar haar te kijken en je leert er al van...'*. Er is een concept functieomschrijving gemaakt met als doel de functie van ervaringsdeskundige(n) structureel te maken in ABC. Over de positie binnen de ABC-organisatie, nu opgenomen in het 24-uursteam, wordt gediscussieerd.

De beschikbaarheid van de psychologen is met de komst van een klinisch psycholoog in opleiding toegenomen. De medewerkers ervaren de professionele kennis, de bereikbaarheid en psychodiagnostische onderzoeken als een belangrijke meerwaarde voor de cliëntenzorg.

Er is een tweede gastvrouw aangesteld. De aanwezigheid van een gastvrouw wordt, net als in de voorafgaande jaren, als zeer positief ervaren: *'geweldig: ze zijn zo'n aanwinst!'*, is het algemene geluid van de medewerkers. Gastvrouwen zijn expliciet geen hulpverlener: *'zij hebben een heel ander contact: juist niet-professioneel, dat is juist hun kracht'*, zo drukt een casemanager het uit. Een nadeel is dat er sprake kan zijn van een te grote meelevenheid en dat zij soms dingen van cliënten overnemen. Wanneer cliënten in vertrouwen onderwerpen met hen bespreken, kan dit hen in een lastige positie plaatsen. Bij het zoeken naar de meest passende manieren om hiermee om te gaan, biedt de teamleider begeleiding. De werkzaamheden van de gastvrouwen hebben betrekking op de ABC-locaties. Er wordt geopperd dat het een meerwaarde zou hebben als een gastvrouw ook bij een cliënt thuis zou komen.

Eén van de 24 uursmedewerkers is aandachtsfunctionaris vrije tijd. Hij besteedt hieraan ongeveer een dagdeel in de week waarin hij vooral groepsactiviteiten organiseert. Een casemanager ondersteunt hem. De activiteiten sluiten zoveel mogelijk aan bij de voorkeuren van de cliënten en worden ook zoveel mogelijk in samenwerking met hen vormgegeven. Het onderwerp 'activiteiten' is een vast agendapunt bij het wekelijks huiskameroverleg. Voorbeelden van activiteiten zijn: bioscoopbezoek, een dagje naar het strand, karten, naar een wedstrijd van FC Utrecht en dergelijke. Vaak draagt ABC bij aan de kosten. Tijdens de zomermaanden is het streven om dagelijks een activiteit te organiseren. Het lukt meestal goed om groepsactiviteiten te organiseren buiten ABC waaraan veel cliënten deelnemen. Deze activiteiten blijken in de praktijk echter te weinig een opstapje om vervolgens zelfstandig in de samenleving vrije tijd-activiteiten te ondernemen. *'Dat gaat moeizaam'* is de typerende uitspraak van een medewerker hierover. Medewerkers discussiëren, ondanks alle aangeboden activiteiten, over de atmosfeer van leegte en verveling die geregeld hangt in de woningen met klinisch opgenomen cliënten. Hier valt volgens de meeste medewerkers de grootste winst te behalen. Een psychiater stelt, onder andere in strijd met de verveling, voor om de cultuur te veranderen: *'het zou eigenlijk gewoon moeten zijn dat je, zonder discussie, aan je programma meedoet'*. Nu kunnen activiteiten te makkelijk inzakken, zoals bijvoorbeeld bij het sporten waarvoor na het wegvallen van de nabij gelegen sportzaal geen alternatieven van de grond komen.

Individuele (rehabilitatie)trajecten inzake vrije tijd komen nauwelijks van de grond. *'Er is meer uit te halen'*, zegt een medewerker hierover. Sommigen zien meerwaarde in het aanstellen van een trajectbegeleider voor vrije tijd: *'dat zou een opstapje kunnen zijn voor werk'* en *'zo'n trajectbegeleider kan een tegenwicht bieden in het omgaan met de machteloosheid die ik bij sommige medewerkers ervaar'*. Anderen, met name de casemanagers, willen deze rehabilitatietrajecten juist zelf met de cliënt uitvoeren. Als inhoudelijk argument speelt dat bij een aparte trajectbegeleider voor vrije tijd dan het praten over de toekomst en over wensen te veel los komen te staan van de dagelijkse gesprekken van de persoonlijk begeleiders en casemanagers. *'Als je vrije tijdstrajecten uit het pakket van de persoonlijk begeleider haalt: waar praat je met de cliënt dan nog over?!'*, zo wordt enigszins verbaasd door een psychiater gevraagd. Een gespecialiseerde rehabilitatiefunctaris zou dan hoogstens van nut kunnen zijn voor het adviseren bij ingewikkelde trajecten. Desalniettemin is het zorgelijk dat nauwelijks zulke trajecten van de grond komen. Immers: individuele rehabilitatie (de techniek die hulpverleners ondersteunt bij deze trajecten) ontwikkelt zich tot een *evidence based*-interventie en 'gezelschap' en 'activiteiten' zijn de grootste onvervulde zorgbehoeften bij ABC-clianten (zie tabel 11). Deze onvervulde zorgbehoeften blijken bij cliënten met twee metingen (met gemiddeld 14 maanden tussen de metingen) niet af te nemen (zie tabel 12). Aanpassing van het beleid lijkt noodzakelijk.

- beschikken medewerkers in hun ogen over voldoende kennis en vaardigheden?
- is er voldoende ruimte voor deskundigheidsbevordering?

Medewerkers ervaren dat er voldoende ruimte is voor deskundigheidsbevordering. De teammiddagen die drie van de vier weken plaatsvinden met nagenoeg alle teamleden zijn hierbij belangrijk.

Centraal in de missie van ABC staan rehabilitatie en behandeling voor jongvolwassenen, 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. In de dagelijkse praktijk krijgt men echter veelal de indruk dat de behandeling van de psychotische stoornis en de verslaving voorop staan. Dat blijkt niet alleen uit reacties van cliënten (bijvoorbeeld bij de GGz Themometer: *'jullie zouden meer moeten trainen op het behalen van doelen'*) maar ook is dit nieuwe medewerkers, zelfs na al maanden dagelijks op ABC te werken, niet altijd even duidelijk. De psychiater in opleiding vertelt na 10 maanden op ABC: *'mijn opvolger ga ik benadrukken dat op ABC vanuit de rehabilitatie wordt gewerkt; daar kom ik nu eigenlijk pas goed achter. Ik had zelf graag zo ingewerkt willen worden'*. Met name nieuwe medewerkers (psychiater, arts-assistent, verpleegkundig specialist i.o.) benadrukken het grote verschil tussen de gebruikelijke psychiatrische insteek aan de ene kant en de rehabilitatiebenadering aan de andere kant: *'rehabilitatie is echt heel anders'* en: *'het is het omgekeerde: met name dat je het als professional beter zou weten dan de cliënt'*. Het is begrijpelijk dat ABC worstelt met de rehabilitatieuitgangspunten vanwege de inbedding in een typische psychiatrische cultuur en werkwijze. Men wil wel de wensen van de cliënt het uitgangspunt van de zorg laten zijn maar de primaire kijk en alle automatismen wijzen op een psychiatrische cultuur die zich richt op de stoornis. De psychiater in opleiding verwoordt: *'in mijn opleiding komt rehabilitatie niet voor terwijl het zo belangrijk en evidence based is. Ik had er meer over willen weten en over willen lezen'*. Dit jaar beoordelen de medewerkers het rehabilitatiegehalte van ABC met een rapportcijfer tussen de 6 en de 7. Vorig jaar gaf men zichzelf nog een rapportcijfer tussen de 7 en de 8. Dealniettemin lijkt de aandacht voor rehabilitatie in de dagelijkse praktijk toe te nemen. De rehabilitatiewerkbegeleiding voor medewerkers is geïntensiveerd en wordt beter bezocht dat vorig jaar. Er worden, naast twee aanwezige rehabilitatiewerkbegeleiders, nog twee rehabilitatiewerkbegeleiders opgeleid en er is een ervaringsdeskundige aan ABC verbonden. Men lijkt zich meer bewust te worden van de worsteling om rehabilitatie een belangrijk deel te laten uitmaken van het dagelijks handelen: er lopen nog weinig rehabilitatietrajecten.

Wensen ten aanzien van verdere deskundigheidsbevordering die één of meer medewerkers noemen, hebben betrekking op motiverende gespreksvoering, gericht verslag doen van een psychiatrisch toestandsbeeld, beknopt verslag doen van risicovolle situaties en praktische richtlijnen bij het omgaan van persoonlijkheidsstoornissen.

- zijn de cliënten allen jongvolwassenen met een psychotische stoornis?

De doelstelling van ABC om cliënten met psychotische stoornissen in zorg te nemen, is ongewijzigd. Alle cliënten hebben een psychotische stoornis of er is sprake van een gefundeerd vermoeden van een psychotische stoornis. In de meeste gevallen is de classificatie schizofrenie van toepassing. Sinds 2006 richt ABC zich ook op cliënten met een psychotische stoornis waarbij de verslaving op de voorgrond staat. Deze verslaving dient wel in zoverre hanteerbaar te zijn dat medecliënten er geen schade van ondervinden en er geen gesloten setting geïndiceerd is. Onder de opgenomen cliënten heeft ongeveer driekwart een verslaving, veelal een cannabisverslaving. Bij de helft van de opgenomen cliënten staat de verslaving op de voorgrond. Bij 16% van de ambulante cliënten staat verslaving op de voorgrond.

De doelstelling betreffende jongvolwassenheid wordt ook behaald. ABC hanteert daarbij als richtlijn een leeftijd van 16 tot en met 28 jaar. Begin januari 2007 zijn vijf cliënten 29 jaar, drie cliënten zijn 30 jaar, één cliënt is 31 jaar en één cliënt is 32 jaar oud. De jongste cliënt is 17 jaar. Gemiddeld zijn cliënten ruim 23 jaar oud.

- is er jaarlijks een familiaadpleging?

Begin 2006 is er een familieavond geweest waarin naast vragen ten behoeve van het onderzoeksverslag over 2005 het onderwerp 'wonen en begeleiding' aan bod kwam. Er zijn, zoals al beschreven in de inleiding, gedachten om de familie ook op andere wijzen te benaderen, zoals via telefonische interviews, een familiecontactgroep en/of via zogenaamde 'spiegelbijeenkomsten'.

In februari 2007 start Stichting Interactie als *pilot* een training speciaal voor familieleden en andere betrokkenen van ABC-clieënten. De cursus is ontwikkeld om te kunnen oefenen met probleemsituaties die ontstaan in het omgaan met iemand die een psychiatrische aandoening, met name bij psychosen en schizofrenie (zie www.demat.nl).

- is er jaarlijks een visitatie van externe cliënten(vertegenwoordigers)?

Deze heeft, net als voorafgaande jaren, niet plaatsgevonden. Er is hiervoor ook geen plan gemaakt. Visitatie is wel een onderwerp dat in toenemende mate ter sprake komt. Een ABC-medewerker maakt deel uit van het landelijk bestuur van het Kennis-Centrum Schizofrenie waar verschillende ideeën over visitatievormen bediscussieerd worden en waarvoor ABC zich beschikbaar stelt. Vanuit de regionale werkgroep implementatie van het 'zorgprogramma Schizofrenie en verwante stoornissen' komen ook visitatie-ideeën naar boven, alsook vanuit de directie van de divisie Willem Armtsz waar ABC deel van uitmaakt. In de praktijk komt visitatie echter nog weinig voor. ABC heeft in het kader van het HKZ-certificaat wel structureel met een vorm van visitatie te maken, namelijk jaarlijks met externe audits uitgevoerd door *Lloyd's Register*. Daarnaast zijn er interne audits waaraan regelmatig enkele medewerkers van buiten ABC deelnemen. ABC is voorstander om hierbij ervaringsdeskundigen in te zetten. In 2006 is de ervaringsdeskundige in opleiding van ABC opgeleid tot interne auditor.

2.2 Functioneert ABC zoals is bedoeld?

- is er voldoende aandacht en ruimte voor het doorlopen van de levensfasen van de cliënten?

Cliënten laten zich positief uit: 'ja, men heeft aandacht voor mensen in deze leeftijd', zo geeft een cliënt aan. Een andere cliënt: 'ja, ze zijn juist modern hier, hebben normale ideeën. Ik voel me begrepen' en 'ze zijn niet betuttelend; ze bieden je de mogelijkheden en laten je dan zelf kiezen'. Een ander enthousiast geluid: 'ABC lijkt zo nu en dan op een of andere jeugdsoos. Het is bijna hip om hier te zitten!'.

- 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 in 2004, 2005 en 2006 versus Altrecht in 2006

	ABC 2004 n=28	ABC 2005 n=48	ABC 2006 n=70	Altrecht 2006 N=1877
Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?	100%	96%	97%	79%
Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?	89%	94%	95%	82%
Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding?	69%	72%	77%	69%

De cliënten van ABC lijken, vergeleken met de Altrecht-gegevens, beter te worden geïnformeerd over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden. Bij ABC beantwoordt namelijk 97% van de cliënten hierop bevestigend terwijl bij Altrecht als geheel dit 79% is. Ook ten aanzien van de aanpak van de behandeling of begeleiding lijken ABC-clieënten (met hun 95% 'ja'-antwoorden) beter geïnformeerd dan cliënten bij Altrecht als geheel (met 82% 'ja'-antwoorden). Ten aanzien van het informeren over het te verwachten resultaat van de behandeling of begeleiding zijn de verschillen kleiner: bij ABC is 77% hier tevreden over en bij Altrecht als geheel is 69% tevreden.

Deze GGz Thermometer wordt zelfstandig door de cliënt ingevuld. In een andere vragenlijst, de CAN², is ook naar de behoefte aan 'informatie over de toestand van de behandeling' gevraagd. Het blijkt dat 79% van de cliënten (en tegelijkertijd ook hun directe begeleider) aangeeft géén behoefte aan informatie over de behandeling (meer) te hebben. Dit is een verbetering ten opzichte van 2005 toen 67% geen behoefte had aan extra informatie en zeker ook ten opzichte van 2004 waarbij dit voor 52% gold (de verbetering tussen 2004

² De CAN wordt zowel bij de cliënt als ook bij zijn directe begeleider afgenomen. Er wordt ten aanzien van 24 onderwerpen gevraagd naar de vervulde en onvervulde zorgbehoeftes. Indien één van beiden aangeeft dat er sprake is van een zorgbehoefte, wordt dit als totaalscore voor dit onderwerp geregistreerd.

en 2006 is significant: de informatiebehoefte daalt van gemiddeld 1,2 naar 0,6; $t=3,3$; $p=0,01$; $n=96$). De andere kant van dezelfde medaille is dat volgens 21% van de cliënten en/of hun directe begeleider er wél sprake is van een informatiebehoefte (in 2005 was dit 33% en in 2004 48%). Deze 21% van de cliënten met een informatiebehoefte (verkregen via de CAN) lijkt in strijd met de percentages over soortgelijke onderwerpen in tabel 1 (verkregen via de GGz Thermometer). Het is onduidelijk hoe deze verschillen geïnterpreteerd moeten worden. Het sec invullen van een vragenlijst als de GGz Thermometer lijkt minder betrouwbaar dan de CAN die via een interview wordt afgenomen. Daarnaast is er bij de CAN sprake van een zorgbehoefte wanneer de cliënt en/of de directe begeleider deze mening zijn toegegaan terwijl de GGz Thermometer alleen over de mening van de cliënt gaat.

Naast de door de CAN beschreven afname van het percentage cliënten met een informatiebehoefte over de behandeling in 2006 vergeleken met dat in 2005 en 2004, is het interessant om te analyseren of deze afname ook aantoonbaar is bij cliënten van wie twee onderzoeksmetingen beschikbaar zijn. Dat blijkt inderdaad het geval te zijn. Bij het item uit de GGz Thermometer 'Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding?' Is er vergeleken met de gemiddeld 14 maanden voorafgaand aan de meting in 2006, sprake van een tendens dat cliënten vaker met 'ja' antwoorden (chikwadraat=3,2; $p=0,073$; $n=28$). Bij de CAN is een significante afname aantoonbaar van de behoefte naar informatie over de behandeling (van score 1,1 naar 0,5; $t=3,3$; $p=0,002$; $n=35$). Kortom: ABC sluit in de loop van de tijd steeds beter aan bij de informatiebehoeften van de cliënten over de behandeling.

Uit de groepsinterviews geven cliënten ook aan veelal tevreden te zijn met de informatie die ABC biedt: 'ik heb niets gemist; het is goed zo', aldus een cliënt. En een ander: 'vergeleken met andere zorgverleners is er hier veel aandacht voor, bijvoorbeeld inzake wonen en bijwerkingen van de medicatie'. De huisregels en het verslavingsbeleid vinden de geïnterviewde cliënten duidelijk. 'Je krijgt het mooi op papier. Alles keurig netjes', zo geeft een cliënt aan. Desalniettemin blijken folders slechts door een enkele cliënt te worden gelezen. De cliënten achten een (snelle!) internetverbinding belangrijk, ook voor hun informatievoorziening. Vragen die nog bij cliënten naar boven komen zijn onder andere: 'ben ik verplicht pillen te nemen?' en 'moet ik toestaan dat ze met mijn ouders overleggen?'.

- 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 vaker voor te komen dan in Altrecht als geheel (zie tabel 2). De afspraken zijn vastgelegd in een zorgplan waar de meeste cliënten mee instemmen.

Tabel 2. Cluster inspraak: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC in 2004, 2005 en 2006 versus Altrecht in 2006

	ABC 2004 n=28	ABC 2005 n=45	ABC 2006 n=70	Altrecht 2006 N=1877
Kon/kunt u meebeslissen over de behandeling/begeleiding die u krijgt?	86%	87%	95%	79%
Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?	92%	95%	96%	66%
Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	96%	93%	93%	74%

Het kunnen meebeslissen over de behandeling/begeleiding lijkt in 2006 (met 95%) licht hoger dan in de voorafgaande jaren (met 86% en 87%).

In de groepsinterviews laten de cliënten zich ook positief uit over de inspraak, hoewel niet aan alle verzoeken gehoor wordt gegeven: 'ze luisteren wel goed maar handelen er niet altijd naar' en een ander: 'soms gaan ze niet mee in wat je wil, maar dan krijg je altijd uitleg'. De algehele teneur over de ervaren inspraak is, net als in de voorafgaande jaren, positief: 'er is naar mij geluisterd' en een andere cliënt: 'ze vragen altijd of je het wilt'.

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

Net als in de voorafgaande 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).

Tabel 3. Cluster hulpverlener: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC in 2004, 2005 en 2006 versus Altrecht in 2006

	ABC 2004 n=28	ABC 2005 n=48	ABC 2006 n=70	Altrecht 2006 N=1877
Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende deskundig (goed in zijn/haar vak)?	96%	96%	98%	90%
Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?	93%	92%	97%	90%
Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?	100%	96%	98%	92%
Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?	100%	100%	93%	87%

Ook uit de interviews komen voornamelijk positieve geluiden: *'heel tevreden, ze staan altijd voor je klaar. Het wekelijks gesprek over hoe het gaat, is prima. Ook wekelijks de dokter zien is goed'*, geeft een cliënt aan. En: *'over de houding - dat is lastig uit te drukken, het is een gevoel - het klikt!'*. Een andere cliënt: *'ik ben er blij mee. Ze helpen om drempels te nemen die ik zelf aanleg. Ze staan altijd voor je klaar'*. Een derde cliënt geeft aan de zorgplanvoorbereiding erg goed te vinden, wat instemming vindt van nog enkele cliënten.

Kritische geluiden zijn er ook. Soms lijkt een cliënt over veel onderwerpen ontevreden: *'ik wil geen medicijnen omdat het chemische troep is. Ik wil niet sporten. Ik wil in de weekeinden niet naar huis'*. Of de ontevredenheid gaat over één onderwerp: *'ik ben niet zo heel tevreden over mijn persoonlijk begeleider: ze stelt soms dingen aan de orde waardoor de punten die ik wil bespreken pas gesprekken later aan bod komen'*. Kritiek kan verbonden worden met een verbeteringsuggestie: *'ik had meer contact willen hebben met andere cliënten door activiteiten samen te ondernemen'*. En een ander: *'vanaf de eerste dag dieper ingaan op sociale aspecten. Ik had moeite met de omgang met andere cliënten. Naar sociale aspecten werd niet gevraagd'*.

- ervaren cliënten niet te veel en niet te weinig verplichting?

Dit betreft een dilemma voor hulpverleners. Indien cliënten tot te veel verplicht worden, kan dit leiden tot betutteling wat het nemen van eigen verantwoordelijkheid belemmert. Aan de andere kant kan een tekort aan stimulans om verplichtingen na te komen, leiden tot een te grote passiviteit van cliënten met ernstige beperkingen die daardoor slechter kunnen gaan functioneren.

Sommige cliënten ervoeren te veel verplichting. Zo verwoordt één van hen: *'therapieën waar je heen moest, ook al wist je dat je daar niets leerde'*. Een ander die liever zijn eigen gang wil gaan, geeft aan: *'verplicht om 9 uur opstaan, vond ik vervelend'*. Nog een ander: *'alleen in het begin heb ik sporten te veel als een verplichting ervaren'*, en weer een ander: *'de regel 22:30 uur binnen zijn, vind ik oké, maar om 23:30 uur naar je kamer vind ik stom: ik had geen tv of playstation'*.

Medewerkers en cliënten blijken hierover soms van mening te verschillen. Een medewerker, bijvoorbeeld, die bij het exitgesprek aangeeft dat de cliënt meer verplichting nodig had, staat tegenover de mening van die cliënt die het *'wel een beetje te veel verplichting vond'*. De opstelling van de medewerkers kan overigens per cliënt variëren. Een cliënt hierover: *'ik was redelijk zelfstandig, werd niet echt gestimuleerd omdat ik het vanuit mezelf wel deed. Prima'*. Voor medewerkers kan het met een cliënt een zoektocht zijn. Zo vertelt een persoonlijk begeleider: *'in het begin was er te veel verplichting voor hem. Die kon hij niet waarmaken; het was een soort onvermogen om ermee om te gaan. Dat gaf altijd veel spanningen. Verplichten bleek bij hem averechts te werken. Toen hebben we de koers ingezet: wel uitnodigen maar niets moet'*.

Een enkele cliënte ervoer te weinig verplichting: *'in het begin te weinig verplichting. Vanaf dat (...) mijn casemanager werd, is het goed gegaan'*.

De meeste cliënten ervaren echter niet te veel en niet te weinig verplichting. Zo beschrijft een cliënt bijvoorbeeld: *'je kan lekker je dag invullen. Ze stellen mogelijkheden voor. Eerst maken ze een praatje om te kijken of je er wel klaar voor bent. Discipline hebben ze ook: een beetje moeten'*.

Binnen de staf van ABC is er discussie of onze opstelling toch niet te veel meegaat met de beperkingen van de cliënten en te weinig de maatschappelijke norm uitstraalt. Zo zou het volgen van programmaonderdelen de norm moeten zijn het niet nakomen van afspraken meer geproblematiseerd kunnen worden. Hierover is thans een hoofdstuk van ABC-medewerkers voor een boek van het Kenniscentrum Rehabilitatie in voorbereiding.

- voelen cliënten zich veilig en op hun gemak?

In de vragenlijst GGz Thermometer (deze gaat over de tevredenheid van cliënten) zijn twee vragen over veiligheid opgenomen. Van de 60 ABC-clieënten die in 2006 deze vragenlijst invulden, gaven 4 cliënten aan zich niet veilig te voelen 'in de gebouwen van Altrecht' en 6 cliënten gaven aan zich niet veilig te voelen 'in de direct omgeving van deze gebouwen'. Het is echter onduidelijk of cliënten hierbij ABC in gedachten hebben of (ook) het nabij gelegen Willem Armtsz Huis.

Bij de exitinterviews is gevraagd of de cliënt zich veilig voelt op ABC. Hierbij zegt één cliënte zich niet veilig te voelen waarbij zij toelicht dat dit door een medecliënt kwam: *'hij kwam heel dicht op je staan, liep achter je aan, enge stalker, en ging ook soms lopen schreeuwen'*. Hoewel de anderen wel aangaven zich in ABC veilig te voelen, maken enkelen melding van incidenten: één cliënte geeft aan dat er een bord naar haar gegoooid is en een andere cliënt verwoordt: *'zo was er een jongen die zo naar je zit te kijken van "als je me nog wat langer aankijkt dan doe ik je wat"; dat zet je aan het denken'*. Een andere cliënt vertelt een aanvaring met een medecliënt (naar wie hierboven eerder is verwezen) te hebben gehad buiten ABC: *'dat was wel schrikken en die nacht heb ik veel nachtmerries gehad. Hij maakte later uit zichzelf zijn excuses en legde uit wat er met hem gebeurde (...). Ik heb mededogen, het is goed voor mij zo. Maar ik zal hem nooit meer benaderen buiten ABC'*.

In de groepsinterviews geven bijna alle cliënten aan zich altijd veilig te voelen. Eén cliënt steekt de hand in eigen boezem: *'soms ben ik wel prikkelbaar naar anderen'*. In de groepsinterviews geeft één cliënte aan zich soms wat onveilig te voelen: *'soms zitten er anderen in de huiskamer die hier niet horen waardoor ik me een beetje onveilig voel'*. En zij voegt toe: *'het idee dat ik hier mijn kamerdeur op slot moet doen, geeft mij ook een gevoel van onveiligheid'*. Het advies om de kamerdeur af te sluiten heeft te maken met een periode van ruim een jaar geleden waarbij spullen, onder andere van cliënten, zijn verdwenen. Sindsdien wordt aangeraden om bij afwezigheid de kamerdeur af te sluiten.

- wordt de familie voldoende betrokken bij de behandeling (met name allochtone familieleden)?

Familieleden worden standaard bij elke zorgplanbespreking uitgenodigd en zijn nagenoeg hierbij altijd aanwezig. Of familieleden van mening zijn dat zij voldoende worden betrokken is vanwege het ontbreken van een interview met familieleden, waarover al eerder vermeld, geen conclusie te trekken.

Sommige cliënten uitin in de GGz Thermometer juist kritiek op het te veel betrekken van familieleden. Een voorbeeld hiervan is: *'de belangen van de patiënt moeten voorop staan, niet die van de familie'* en een ander: *'minder inmenging van ouders'*.

- is er voldoende ruimte voor levensbeschouwing?

Dit onderwerp lijkt, net als in voorafgaande jaren, nauwelijks bij cliënten te spelen. Er worden geen knelpunten naar voren gebracht. Enkele malen zijn er bij huiskameroverleggen geestelijk verzorgenden aanwezig geweest die uitleg gaven over hun werkzaamheden. Sommige cliënten hebben contact met de pastoor of met de imam, wat goed lijkt te bevallen.

- is er sprake van een minimale wachttijd?

Net zoals in de voorafgaande jaren zijn er zowel klinisch als ambulant geen wachtlijsten. Er is in 2006 echter wel voor het eerst een wachtlijst voor de intakes. Er is elke week een intake en de wachttijd daarvoor is ongeveer een maand. Deze wachtlijst heeft te maken met het benaderen van het maximale cliëntenaantal van ABC met de ter beschikking gestelde financiële middelen.

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

De medewerkers vinden dat het streven van ABC duidelijk op ambulantisering is gericht. De toename van het aantal klinische plaatsen kan hierop een negatieve invloed hebben: *'er gaat wel veel energie naar het leefmilieu toe. Ik krijg steeds meer beheersmatige gedachten'*, zo geeft een psychiater aan. Een medewerker merkt op dat het draaiende houden van een goed leefmilieu soms op gespannen voet kan staan met het zoveel mogelijk integreren in de samenleving. Bijvoorbeeld: *'wij willen dat klinische cliënten bij het avondeten zijn (ten behoeve van het functioneren van de groep en als contactmoment), en als iemand dan bij anderen buiten ABC wil eten, is dat niet de bedoeling'*. Zelfkritisch merkt een andere medewerker op: *'hoe*

meer klinisch, hoe meer beheersen en een ander: *'misschien is 20 bedden wel te veel om ambulant te denken?'*. Ook verwijzers blijken in termen van 'bedden' te denken: *'ik merk dat verwijzers soms verwijzen voor een bed in plaats van voor een behandelindicatie'*, zo wordt opgemerkt.

Desalniettemin blijft het streven naar het zoveel mogelijk bieden van ambulante zorg, volgens de medewerkers, overeind. Wat men wil behouden zijn de vele groepsbijeenkomsten waaraan zowel klinische als ambulante cliënten deelnemen, en die bewust door een 24-uurs-medewerker samen met een casemanager gegeven worden. Daarnaast moet de nadruk op individuele trajecten behouden blijven en worden uitgebreid. De *briefing* - de multidisciplinaire bespreking elke ochtend waarbij zowel klinische als ambulante cliënten worden ingebracht - wordt ook in deze context waardevol gevonden.

- is men in toenemende mate bekend met de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU) en met het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU)?

De samenwerking met de teams van SBWU-Rivierenwijk en SBWU-West verloopt goed. Zij richten zich ook in toenemende mate op jongvolwassenen. Met deze teams zijn gezamenlijke middagen geweest over casuïstiek. Desalniettemin leven er vragen: *'ik wil graag weten welke rollen we van een SBWU-medewerker kunnen verwachten; waar kunnen we ze nog meer voor vragen?'*, aldus een casemanager. Ook wordt de wens uitgesproken om per SBWU-locatie op papier te hebben of zij een nachtdienst hebben en wat er nog meer te bieden is: *'vooral als je met een cliënt oriënterend op bezoek gaat'*, geeft een persoonlijk begeleider aan. Er zijn geen jaarlijkse uitwisselingen van diensten geweest.

60% van de ABC-clieënten is verwezen door het UMC-Utrecht. De communicatie loopt niet altijd goed: *'als ik wil overleggen over een cliënt wordt er niet gereageerd op e-mails en telefonisch krijg ik niemand aan de lijn, en mijn verzoeken om terug te bellen worden genegeerd. Na een poging of zes geef ik het dan op'*, klinkt het enigszins gefrustreerd. Een ander: *'het UMCU komt soms afstandelijk – misschien wel arrogant? - op me over'*, aldus een casemanager. Desalniettemin lijken UMCU en ABC naar elkaar toe te groeien. De teamleider bespreekt geregeld aangemelde cliënten en er zijn enkele gezamenlijke casuïstiek-middagen geweest, vooral over rehabilitatie. Er is het plan dat UMCU en ABC meer samen naar buiten gaan treden, onder andere door het uitbrengen van een gezamenlijke folder. De deskundigheidsbevordering was bij een revalidatietraining gecombineerd. Ook andere gebieden van deskundigheidsbevordering willen UMCU en ABC samen gaan vormgeven.

- is er sprake van een productiegroei?

Begin 2007 heeft ABC, naast vier cliënten van elders die op ABC louter modules volgen, zelf 102 cliënten in zorg. Begin 2004 waren dat 23 cliënten en begin 2005 51 cliënten. De productie is elk jaar gegroeid. Volgens de planning uit 2003 zou eind 2005 de totale productie 100% dienen te zijn. Dat wil zeggen dat er minimaal 14 klinische cliënten en 120 ambulante cliënten in zorg zijn. De klinische productie is enkele jaren geleden al behaald. In 2007 is besloten om de klinische capaciteit met zes plaatsen uit te breiden tot 20 plaatsen, met name ten behoeve van die cliënten uit de doelgroep bij wie de verslaving op de voorgrond staat. Het oorspronkelijke doel van de ambulante productie (120 cliënten) staat ter discussie. Het huidige aantal van ruim 80 ambulante cliënten wordt ook wel als maximum beschouwd om als ABC, binnen de marges die de divisiedirectie stelt, goed te functioneren. ABC functioneert als een financieel gezonde afdeling. De processen van de administratieve organisatie zijn beschreven. Zowel de registratie van de DBC's als ook de productieregistratie zijn op orde.

Zoals al aangegeven in het voorafgaande onderzoeksverslag zal ABC niet meer nastreven om zelf alle beoogde jongvolwassenen met een psychotische stoornis in zorg nemen. Daarvoor blijkt het draagvlak in de regio te gering. ABC biedt nu ook modules aan ten behoeve van cliënten van wie de coördinatie van de zorg buiten ABC ligt. Ook een adviserende of consultatieve functie biedt ABC aan. Het louter uitvoeren van modules en de adviserende functie komen vooralsnog moeizaam van de grond.

- is de opnameduur beperkt?

De klinische opnameduur van (de laatste opname van) de cliënten in ABC bedraagt medio januari 2007 gemiddeld 171 dagen. In januari 2006 was dit gemiddeld 137 dagen. Eind 2004 was dit gemiddeld 181 dagen per cliënt.

Medio januari 2007 is één cliënt (twee maanden) langer dan een jaar opgenomen. Twee cliënten zijn bijna een jaar in ABC opgenomen.

- is er voldoende doorstroming (in verband met het tegengaan van hospitalisatie)?

Het onderzoeksvoorstel benoemt dat minimaal 12 cliënten per jaar uit de kliniek met ontslag gaan. Gezien de toename van het aantal klinische opnameplaatsen is, in ieder geval voor volgend jaar, een uitbreiding van dit minimum naar 20 cliënten gerechtvaardigd.

In 2006 zijn 36 cliënten uit de kliniek ontslagen. Cliënten die enkele malen opgenomen en ontslagen waren, zijn hierbij als één cliënt geteld. In 2005 waren 26 cliënten uit de kliniek ontslagen. In 2004 waren dat 19 cliënten.

- is er een planmatige werkwijze?

Bij de telling in januari 2007 blijkt dat 82% van de cliënten een actueel zorgplan heeft. Begin 2006 had 99% een actueel zorgplan en eind 2004 94% van de cliënten. Een zorgplan wordt opgesteld naar aanleiding van een zorgplanbespreking 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.

Bij 5% van de cliënten is sprake van zorgmijdende cliënten bij wie het niet lukt om tot een zorgplanbespreking te komen. Na deze constatering is besloten om in zulke gevallen minimaal een zorgplan op te stellen zonder de cliënt. Een relatief groot aantal zorgplannen is niet actueel. Het beleid is om bij klinisch opgenomen cliënten elke 6 tot 8 weken een zorgplanbespreking te hebben. Bij ambulante cliënten is minimaal elk kwartaal een zorgplanbespreking. Binnen dit beleid zijn gemotiveerde uitzonderingen mogelijk.

Het relatief lage percentage actuele zorgplannen is volgens de betrokkenen te wijten aan een combinatie van factoren. Het betreft een langdurige uitval van de belangrijkste psychiater gecombineerd met het waarnemen door meerdere artsen tegelijkertijd, de inwerkperiode van een nieuwe psychiater en de overgang naar het elektronisch patiëntendossier. Daarnaast was het eenzijdig opstellen van een zorgplan bij zorgmijdende cliënten nog niet van toepassing.

Een planmatige werkwijze ten aanzien van de voorbereiding van de zorgplanbespreking is een verbeterpunt. Dit verloopt nog onvoldoende. Het verbetertraject is nieuw leven ingeblazen.

Een planmatige werkwijze inzake individuele rehabilitatietrajecten lijkt onvoldoende. Om zicht te krijgen in de lopende rehabilitatietrajecten zal de algemeen manager elke persoonlijk begeleider en casemanager meerdere malen per jaar gaan monitoren op de lopende rehabilitatietrajecten.

- zijn de kosten van ABC ongeveer hetzelfde als bij gelijksoortige instellingen/projecten?

De voorafgaande onderzoeksverslagen vermeldden dat er geen instelling bekend was die goed vergelijkbaar was ABC. Tijdens het landelijk schizofreniecongres gaf ABC samen met GGz Drenthe een workshop over jongvolwassenen met een psychotische stoornis. Daar kwam het idee naar voren om instellingen/afdelingen die met deze doelgroep werken eens uit te nodigen om samen om de tafel te gaan zitten en werkwijzen uit te wisselen. Daarmee zouden overeenkomsten en verschillen eens op een meer systematische wijze in kaart worden gebracht, ook mogelijk op gebied van kostenvergelijking. Vooral nog is een kostenvergelijking met een soortgelijke instelling niet haalbaar.

2.3 Wat is de meerwaarde van ABC?

- groeien en leren cliënten?

Niet alle cliënten geven aan iets te hebben geleerd, bijvoorbeeld: *'ik heb niks geleerd. Ik heb weinig problemen. Ik ben uitgeleerd: ik wist al alles van psychoses en ik werk al'* en een ander: *'ik zal best wel wat geleerd hebben maar niet bijzonder veel. Ik zou niet weten wat'*. Sommige cliënten laten zich negatief uit (*'nee, het gaat slecht met me. Ik moet eerst beter worden'*) terwijl de casemanager positiever is: *'ja, ze heeft geleerd iets meer op haar eigen krachten te vertrouwen. Haar vertrouwen is nu wankel aanwezig. Ze wisselt daarin. En ze heeft meer geleerd over wat zij zelf wil inzake behandeling en vrije tijdsbesteding'*. Dit speelde ook bij een cliënt die ruime tijd klinisch op ABC verbleef. Hij antwoordde: *'niet echt veel geleerd. Ik had niet zoveel vragen. Het ging om een plek om te leven totdat ik weer verder kon'*, waarbij de persoonlijk begeleider benadrukt dat hij niet alleen opener is geworden maar ook psychisch stabiel is, zichzelf redt en zijn afspraken goed nakomt. Een andere cliënt twijfelt: *'niet echt, ik heb "Lieberman - omgaan met vrije tijd" gevolgd. Ik heb wel wat geleerd maar breng dat niet in de praktijk. Bij psychoeducatie heb ik wel geleerd wat er aan de hand is en heb ook wel geleerd hoe je ermee om moet gaan'*.

Verreweg de meeste cliënten geven in het exitgesprek en in het groepsinterview aan te zijn gegroeid en dingen te hebben geleerd. Een greep uit de reacties:

- *'ja, om mezelf te zijn. En sociaal in de omgang. Ik was eerst best stil'*;
- *'ik ben vooruit gegaan in mijn manier van denken. Ik heb Lieberman cursussen gevolgd en psychoeducatie. Je gaat je eigen klachten relativeren. Verder heb ik geleerd om met geld om te gaan, boodschappen te halen en andere gerechten te bereiden'*. Zijn casemanager vult aan: *'hij is hier vanuit dakloosheid doorgroeid tot eigen woning met wat ondersteuning. Twee jaar geleden kon je niet met hem praten: dan was het alleen maar ruzie en ernstige bedreiging. Nu accepteert hij psychiatrische hulp en beseft hij dat hij een psychiatrische stoornis heeft'*;
- *'ja: koken, wassen, strijken, op tijd uit bed, mezelf wassen, daginvulling hebben, werken, praatje maken met anderen, modules volgen, sporten. Tjonge jonge, als ik hier niet had gezeten... als ik de hulp niet had gehad, had ik met een psychose rondgelopen, mezelf verwaarloosd en was misschien nog aan de drank geweest'*. Dit indrukwekkende antwoord wordt genuanceerd door zijn persoonlijk begeleider: *'hij is er zelf van overtuigd dat hij heel veel geleerd heeft maar eigenlijk zijn dat vaardigheden die hij al kon. Hij is het hier meer gaan doen. In het begin lag hij heel veel op bed en was niet te stimuleren om dingen te ondernemen. Afspraken maken en die ook nakomen doet hij beter'*;
- *'medepatiënten maar ook de verpleegkundigen hebben me veel geleerd. Mijn sociale kant is ontwikkeld'*;
- *'hoe je contacten kan onderhouden en sociale relaties kan aangaan. Maar ook door de psychoeducatie en door de ontwikkelingsgroep. Ik heb veel geleerd over ziektebeelden, psychosen, schizofrenie, borderline en over verslaving en over de invulling van mijn vrije tijd. Ik heb geleerd wat ik kon leren'*;
- *'ik ben volwassener, verstandiger en zelfstandiger. Ik heb geleerd in de structuur te leven: op tijd opstaan, naar mijn werk gaan, terugkomen, douchen, eten, op tijd naar bed, en afspraken nakomen'*;
- *'ik heb geleerd meer dingen zelfstandig te doen: afwassen, vroeg op staan'*;
- *'geleerd om meer de dingen uit te spreken wanneer ze spelen in plaats van het op te sparen en bij me te houden. Door de hulp van ABC voel ik me sterker om te leren om meer voor mezelf op te komen'*;
- *'van de cursussen heb ik geleerd om dingen aan te pakken'*;
- *'ja ik heb geleerd van mijn fouten. Met respect met mensen omgaan. Mezelf leren beheersen. Omgaan met mijn problemen door te praten. Veel praten, blijven praten totdat er een oplossing komt'*;
- *'ja: omgaan met klachten (alles wat bij schizofrenie hoort) en assertief zijn'*;
- *'ik heb geleerd om je aan te passen en met andere mensen om te gaan. Verder heb ik minder stress, slaap ik beter en ben ik meer relaxed en geniet ik meer van het leven'*;
- *'ik ben hier opgeknapt en heb ook geleerd om met anderen om te gaan'*;
- *'ik ben als persoon gegroeid, zeker in relatie tot anderen'*;
- *'ik heb geleerd om met mijn woede om te gaan; eerst was ik agressief'*;
- *'bij psychoeducatie geleerd hoe je een psychose kunt vermijden. Dat is nuttig'*;
- *'ik heb geleerd om te koken'*;
- *'ik zat hier al eerder en heb heel veel geleerd: ik kan er wel een boek over schrijven. Ik merkte dat pas toen ik hier weg was. Bijvoorbeeld: omgaan met psychotische symptomen en de gevolgen daarvan in het dagelijks leven, hoe psychoses te vermijden en clean worden van de drugs. Verder heb ik hier geleerd om minder ingetogen te zijn en meer te praten en dingen te ondernemen'*.

De termen die hulpverleners bij deze exitvraag gebruiken verschillen vaak van die van cliënten.

Hulpverleners spreken relatief vaak over *'geleerd dat hij medicatie nodig heeft'*, *'geleerd om afspraken na te*

komen' en 'ziekte-inzicht'. Cliënten noemen vooral praktische zaken als 'op tijd opstaan', 'koken' en 'omgaan met anderen'.

- is het functioneren zo zelfstandig mogelijk?

Een aantal cliënten antwoordt met een volmondig 'ja', met bijvoorbeeld de toelichting: 'ik kan nu meer dingen zelfstandig doen: activiteiten ondernemen, vrijwilligerswerk gaat goed en ga bij mijn ouders wonen'. Cliënten benoemen gebieden waarop hun zelfstandigheid kan toenemen. Een cliënt antwoordt op de vraag of zijn functioneren zo zelfstandig mogelijk is: 'een hoop dingen wel. Het kan beter. Ik doe mijn best om van mijn THC-verslaving af te komen waarover ik gesprekken heb'. Een andere cliënt concretiseert: 'vier opleidingen heb ik voor de helft afgerond. Ik zou het liefst ze alle vier afronden maar het beste kan ik er een of twee kiezen. Ik ben ook nog niet bekend met alle wegen naar verschillende instanties' en een ander: 'vrijwilligerswerk gaat goed. Met zelfstandig wonen ben ik bezig om dat op te bouwen'. En nog een cliënt: 'ja, zo zelfstandig mogelijk. Fijn dat ik bij de SBWU kan wonen. Ik zou wel graag weer naar school willen. Ik ben nu bezig met thuisstudie'. En ten slotte geeft een cliënt, na een opsomming van zijn activiteiten, aan: 'er wordt aan gewerkt. Niet te overhaastig'.

Het komt voor dat cliënt en casemanagers een verschillende opvatting hebben. Zo zegt een cliënt bijvoorbeeld: 'het leven gaat goed. Ik wil alleen medicatieafbouw tot op het punt waarop ik geen medicatie meer hoeft te gebruiken. Verder is er geen winst te behalen'. De casemanager steunt de ideeën om medicatie af te bouwen niet en geeft aan dat hij 'op alle gebieden nog kan groeien. Hij heeft bijvoorbeeld niet veel vrienden, hij wil op den duur werken. Hij wil daar echter geen hulp bij. En op dit moment is hij wel tevreden'.

Medewerkers melden ten aanzien van enkele cliënten dat de grens is bereikt: 'hij zal altijd hulp nodig blijven houden. Wat hij nu bereikt heeft is de max', aldus een casemanager. Ten aanzien van een andere cliënt: 'voor zijn doen is hij nu zo zelfstandig mogelijk. De begeleiding is nog steeds heel intensief maar de vraag is of het ooit zelfstandiger kan'. En over een derde: 'zo zelfstandig als haalbaar. Er valt op dit moment niet meer te halen. Ze is erg ziek'.

Een onderdeel van zelfstandig functioneren betreft de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). In de HoNOS is een item hierover opgenomen. Daaruit blijkt dat cliënten van 2006 meer problemen te hebben met hun ADL (het zelf wassen, aankleden, boodschappen doen en dergelijke) dan die van 2004 en van 2005 (zie tabel 4).

Tabel 4. Het percentage cliënten dat problemen heeft met de ADL (het zelf wassen, aankleden, boodschappen doen en dergelijke) in de laatste twee weken (item 10 uit de HoNOS) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004, 2005 en 2006

	2004 n=29	2005 n=50	2006 n=67
0: geen probleem	52%	54%	34%
1: ondergeschikt probleem	17%	12%	7%
2: licht probleem	28%	30%	52%
3: matig ernstig probleem	3%	4%	4%
4: ernstig probleem	-	-	2%
gemiddelde score (tussen 0 en 4)	0,8	0,8	1,3

De stijging tussen 2005 en 2006 inzake ADL-problemen is significant ($t=2,5$; $p=0,015$; $n=117$).³ Het is voornamelijk onduidelijk waar deze verandering mee samenhangt. Mogelijk hangt dit samen met de veranderingen in de doelgroep (cliënten bij wie de verslaving op de voorgrond staat) die in 2006 heeft plaatsgevonden. Aan de andere kant zijn er geen veranderingen aantoonbaar inzake problematische alcohol- of druggebruik en evenmin op andere HoNOS-schalen als problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor behandeling en gebrek aan compliance met medicatie. Bij de cliënten met twee metingen is er een tendens dat de problemen met de ADL toenemen (van gemiddeld 1,0 naar 1,3; $t=1,7$; $p=0,095$; $n=34$)

- kan men met de ziekte overweg?

Bij de exitgesprekken komen verschillende meningen naar voren. Sommige cliënten zien geen vooruitgang. Een cliënte hierover: 'nee, ik heb niet geleerd om hier beter mee om te gaan'. Haar persoonlijk begeleider bevestigt dit en voegt toe: 'ze heeft hier niet zo lang gezeten'. Een andere cliënt: 'schizofrenie heb ik volgens

³ Opvallend is dat er ook een significante positieve correlatie is tussen 'problemen met de ADL' en de duur dat cliënten aan ABC verbonden zijn ($r=0,21$; $p=0,014$; $n=138$).

mij niet. Op het moment heb ik nergens last van. Heel af en toe word ik psychotisch. Ik heb hier niet mee leren omgaan bij ABC'.

De cliënten kunnen van mening verschillen met hun persoonlijk begeleider. Enkele illustraties:

- o de cliënt geeft aan: *'ja, door van de alcohol af te blijven ben ik beter in staat de juiste beslissingen te nemen en kan ik beter functioneren. Ik heb de laatste maand niet meer gedronken'*. Zijn persoonlijk begeleider heeft een andere mening: *'hij heeft weinig ziekte-inzicht. Het gaat nu goed met hem want hij drinkt niet meer, dat is zijn antwoord. Hij zegt dat hij een maand niet heeft gedronken. Dat is niet waar: afgelopen zaterdag was hij nog dronken. Dit is een groot probleem'*;
- o terwijl de persoonlijk begeleider vindt dat er niets is veranderd, zegt de cliënt: *'ja, ik heb een beter beeld gekregen van mezelf. Het is niet voor niets geweest'*;
- o soms blijft een persoonlijk begeleider pessimistisch. Een voorbeeld over een cliënt die jarenlang aan ABC verbonden was: *'het besef dat hij ziek is lijkt niet helemaal door te dringen. Hij kan het niet koppelen aan zijn dagelijks leven. Hij komt bijvoorbeeld met onrealistische voorstellen over werk en opleiding. Je kunt het hem niet duidelijk maken'*;
- o soms blijft een cliënt het oneens met de behandelaar: *'ik ben het niet eens met het ziektebeeld dat de dokter zei. Ik luister wel maar doe er niets mee'*.

Veel cliënten vinden dat zij beter met de ziekte overweg kunnen. Enkele uitspraken van cliënten hierover:

- o *'ja, ben me iets minder depressief gaan voelen. Ik heb geleerd hoe belangrijk het is om iets te gaan doen (door het op ABC te ervaren) zoals sporten, naar mijn moeder gaan, naar een vriend toe gaan'*;
- o *'ik kan beter overweg met psychotische symptomen. Door afleiding te zoeken, door zorgplan-besprekingen, systeemgesprekken en psychologische onderzoeken'*;
- o *'het gaat steeds beter. Ik kan klachten haast negeren. Je hoort stemmen en je denkt "het zal wel, ik heb niks gehoord". Ik heb meer rust gekregen. Je moet je niet zoveel bezig houden met beperkingen'*;
- o *'ja, ik heb ziekte-inzicht gekregen. Hier heb ik leren accepteren wat je hebt. Door te zien dat je niet de enige bent en dat zij ook hun eigen weg proberen te vinden'*;
- o *'de helft van de tijd kan ik er niet mee overweg. Dan word ik psychotisch en depressief. Dan denk ik bijvoorbeeld "iemand wil me iets aandoen" en "het komt niet meer goed". Vanochtend ook, dan heb ik het gevoel dat ik te weinig back up heb, dat mensen mij niet genoeg steunen. Dan wil ik snel terug naar ABC: pillen halen en dan gaat het meestal een stuk beter'. Zijn persoonlijk begeleider ziet de positieve kant: 'hij heeft iets meer ziekte-inzicht gekregen en kan zijn leven beter vormgeven door de medicijnen en doordat hij en zijn familie het meer hebben geaccepteerd'*;
- o *'ja. Ik ken mijn ziekte nu. Ik herken mijn ziekte nu'*;
- o *'ik voel me beter in mijn vel, door behandeling en het nemen van medicijnen'*;
- o *'mijn leven was helemaal zoek. Ik heb een fout gemaakt in het leven. Toen had ik helemaal niets meer. Hier kreeg ik onderdak. Het gaat nu redelijk goed'*;
- o *'ik geloof niet in de ziekte bij mij. Voor de opname zag ik het niet zitten, ik tegen de rest van de wereld. Sinds de opname zie ik in dat er hulp is en ik daar gebruik van kan maken. Ik voel nu meer controle in mijn leven. Het is nog niet zoals het hoort te zijn maar het gaat steeds beter'*;
- o *'ja, ik kan beter omgaan met de klachten'*.

- 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 2006 bij 42% 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 en 2005 waren deze percentages ietwat hoger, echter niet significant.

Tabel 5. Het percentage cliënten met problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen in de laatste twee weken (item 6 uit de HoNOS) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004, 2005 en 2006

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

Er zijn van 35 cliënten twee metingen over dit item beschikbaar. Tussen de metingen zit gemiddeld 14 maanden. Er blijkt geen significant verschil aantoonbaar.

In de CAN is een item opgenomen over de zorgbehoefte bij psychotische symptomen. In 2005 had ten aanzien van psychotische symptomen 7% van de cliënten geen zorgbehoefte (meer). In 2006 is dit met 4% niet belangrijk veranderd. Dit geldt ook voor psychotische symptomen als onvervulde zorgbehoefte: in 2005 gold dit voor 27% van de cliënten en in 2006 voor 29%. Bij de cliënten met twee metingen neemt, in de 14 maanden tussen de twee metingen, de zorgbehoefte over psychotische symptomen niet toe of af.

Zowel bij het item in de HoNOS over hallucinaties en waanvoorstellingen, als ook bij het item in de CAN over zorgbehoefte bij psychotische symptomen, zijn er, zowel tussen de groep cliënten in 2005 en die uit 2006 en bij de cliënten met twee metingen, geen veranderingen waarneembaar.⁴

- 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 2006 bij 56% van de cliënten problemen met depressieve symptomen waargenomen, variërend van 'ondergeschikt' tot 'ernstig'. In 2005 was dit percentage 52% en in 2004 54% (zie tabel 6).

Tabel 6. Het percentage cliënten met problemen met depressieve stemming in de laatste twee weken (item 7 uit de HoNOS) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004, 2005 en 2006

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

De ernst van de depressies van de groep cliënten in 2006 is, vergeleken met die van 2004 en 2005, ongeveer gelijk. Dit geldt ook voor de 35 cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn.⁵

Met betrekking tot het psychiatrische beeld blijkt dat er in 2006 bij 45% van de cliënten in de laatste twee weken sprake van problematisch alcohol- of drugsgebruik. Ter vergelijking: dit was 36% in 2005 en 38% in 2004. Cognitieve problemen komen in de laatste twee weken bij 46% van de cliënten voor (44% in 2005 en 38% in 2004). De verschillen tussen de jaren zijn niet significant. Voorts worden gespannenheid en angst relatief veel geconstateerd.

De gemiddelde totaalscores op de HoNOS verschillen tussen de jaren niet significant. In 2004 was de gemiddelde score 7,0 (n=29), in 2005 7,5 (n=50) en in 2006 is deze 7,8 (n=66).

Bij dezelfde 35 personen met 2 metingen varieert de totaalscore van de HoNOS ook nauwelijks. Bij de eerste meting was deze gemiddelde score 7,5 en bij de tweede meting in 2006 daalt deze naar 7,0 (niet significant). Op geen enkele HoNOS-subschaal is bij deze 35 cliënten een significante verandering aantoonbaar.

- zijn er zo min mogelijk suïcides?
- is er een betere terugvalpreventie?
- is het aantal decompensaties (inclusief opnames) zo gering mogelijk?

In 2006 zijn er geen suïcides en evenmin suïcidepogingen geweest door ABC-clieënten⁶. In 2005 waren er twee suïcidepogingen. Sinds de start van ABC medio 2002 zijn er in totaal drie suïcidepogingen geweest en daarnaast is er één suïcide geweest met enige tijd daaraan voorafgaand een poging door dezelfde persoon.

⁴ Ook blijkt er geen significante correlatie te zijn tussen het item uit de HoNOS en de duur van de verbondenheid aan ABC ($r=0,06$; $n=137$). Er is evenmin een significante correlatie met het item uit de CAN en de duur van de verbondenheid aan ABC ($r=0,10$; $n=110$).

⁵ Tussen 'problemen bij de depressieve stemming' en de duur van de verbondenheid aan ABC is evenmin een significante correlatie ($r=-0,08$; $n=136$).

⁶ Ten aanzien van één incident leek er aanvankelijk sprake te zijn van een suïcidepoging. De psychiater beschouwt dit incident thans als een vorm van automutilatie.

Zoals al vermeld in het onderzoeksjaarverslag van vorig jaar heeft dit relatief geringe aantal, volgens de geïnterviewde medewerkers, te maken met de houding van de medewerkers: '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: 'mensen voelen zich snel thuis hier'. Vaak vangt ABC crises zelf op, behalve via het bed-op-recept, ook door intensievere ambulante begeleiding.

Het aantal psychotische decompensaties vindt men zo laag als mogelijk. Een arts geeft de beperkingen van de huidige wetgeving aan: 'ik heb twee cliënten in gedachten die zorg en medicatie weigeren die dat wel nodig hebben en waarbij we dan moeten wachten met ingrijpen tot er sprake is van gevaar'. De visie van ABC ten aanzien van decompensaties is overigens gericht op de lange termijn: 'we gaan vooral uit van het belang op langere termijn en het leerproces van de cliënt. In die zin willen we niet per sé altijd op korte termijn decompensaties vermijden', aldus een psychiater.

- zijn cliënten meer tevreden inzake hun leven als geheel, hun wonen, 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 kan gescoord worden op een schaal die loopt van 1 ('slecht') tot 7 ('zeer goed'). De gemiddelde scores op deze zes onderwerpen staan in tabel 7 vermeld. Ter vergelijking staan gegevens van het sociaal psychiatrisch behandelcentrum Zeist (SPB-Zeist) van 2006 weergegeven.

Tabel 7. Gemiddelde scores van cliënten van ABC op items inzake kwaliteit van leven in 2004, 2005 en 2006 versus cliënten van SPB-Zeist in 2006

1 ('slecht') tot 7 ('zeer goed')	ABC 2004 n=29	ABC 2005 n=48	ABC 2006 n=62	SPB-Zeist 2006 n=87
leven als geheel	4,5	4,8	4,5	4,4
woonsituatie	5,0	5,2	5,2	5,4
sociale leven	4,6	4,7	4,5	4,5
lichamelijke gezondheid	4,9	4,7	4,9	4,7
geestelijke gezondheid	4,7	4,4	4,5	4,2
professionele hulp	5,5	5,5	5,9	5,6

In 2006 is de kwaliteit van leven van de groep cliënten ongeveer gelijk als die van de groep in de jaren ervoor. De tevredenheid met de professionele hulp tendeert in 2006 naar een wat hogere score ($t=1,7$; $p=0,085$; $n=110$). Vergeleken met de 87 cliënten in Zeist lijkt de tevredenheid met de professionele hulp ook wat hoger te score bij cliënten van ABC.

Bij de cliënten met twee metingen blijkt de tevredenheid met de professionele hulp in gemiddeld 14 maanden toe te nemen ($t=3,0$; $p=0,006$; $n=31$). Deze tevredenheid stijgt (op een schaal van 1 tot en met 7) van score 5,5 naar 6,0.

- hoe waarden de cliënten het resultaat van de behandeling?

Het resultaat van de behandeling is in 2006 vergelijkbaar met dat in 2005 (zie tabel 8). In vergelijking met de Altrecht-gegevens lijkt het zorgplan in ABC vaker naar wens te zijn uitgevoerd (93% versus 76%), en lijken ABC-clieënten vaker dan cliënten van Altrecht te vinden dat de behandeling of begeleiding de juiste aanpak van hun problemen is (86% versus 77%). Deze verschillen waren in 2005 ook al aanwezig.

Het beter in staat zijn om dingen te doen die men belangrijk vindt, neemt echter – na een toename in 2005 van 50% naar 69% – weer iets af in 2006 naar 60% (beide niet significant). In Altrecht als geheel geeft 74% van de cliënten aan beter in staat te zijn om dingen te doen die men belangrijk vindt. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat de GGZ Thermometer bij ABC niet alleen aan het eind van de behandeling maar ook tijdens de behandeling wordt afgenomen. De cliënten met twee metingen blijken namelijk verbetering te rapporteren op de vraag 'Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?'. Bij de eerste meting beantwoordt 63% van de cliënten deze vraag met 'ja'. Bij de tweede meting stijgt dit naar 74% (χ^2 -kwadraat=7,0; $p=0,008$; $n=27$). Bij de andere items zijn bij de cliënten met twee metingen geen veranderingen aantoonbaar.

Tabel 8. Cluster resultaat van de behandeling of begeleiding: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC in 2004, 2005 en 2006 versus Altrecht in 2006

	ABC 2004 n=24	ABC 2005 n=47	ABC 2006 n=70	Altrecht 2006 N=1877
Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?	91%	95%	93%	76%
Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten?	74%	82%	86%	77%
Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?	65%	74%	74%	75%
Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?	70%	75%	73%	73%
Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?	50%	69%	60%	74%
Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?	54%	67%	63%	68%

De vraag of een cliënt een ander zou aanraden om hulp te zoeken bij deze instelling, wordt in 2006 vaker bevestigend beantwoord dan in de voorafgaande jaren (zie tabel 9).

Tabel 9. Antwoorden op 'Zou u een ander aanraden hulp te zoeken bij deze instelling?' van ABC, absoluut en in percenten, in 2004, 2005 en 2006 versus Altrecht in 2006

	ABC 2004 n=23	ABC 2005 n=42	ABC 2006 n=60	Altrecht 2006 N=1877
ja	16 (70%)	38 (90%)	56 (93%)	1502 (80%)
nee	7 (30%)	4 (10%)	4 (7%)	375 (20%)

In 2004 raadt 70% van de ABC-clënten deze instelling aan, in 2005 is dit 90% en in 2006 stijgt dit door naar 93%. De stijging tussen 2004 en 2006 is significant (chi-kwadraat=6,2; p=0,013; n=83). Deze 93% lijkt hoger dan de 80% van de cliënten van Altrecht als geheel die in 2005 een ander deze instelling zouden aanraden.

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, 2005 en 2006

	ABC 2004 n=24	ABC 2005 n=47	ABC 2006 n=61
rapportcijfer 4 en lager	-	-	-
rapportcijfer 5	-	1 (2%)	2 (3%)
rapportcijfer 6	3 (13%)	5 (13%)	6 (8%)
rapportcijfer 7	13 (54%)	15 (32%)	18 (30%)
rapportcijfer 8	6 (25%)	20 (43%)	22 (36%)
rapportcijfer 9	2 (8%)	5 (11%)	10 (16%)
rapportcijfer 10	-	-	4 (7%)
gemiddeld rapportcijfer	7,29	7,47	7,74

De rapportcijfers die cliënten aan ABC geven voor de totale behandeling en begeleiding lijken door de jaren heen enigszins toe te nemen. In 2004 gaven twee cliënten (8%) rapportcijfer 9 of hoger, in 2005 waren dit vijf cliënten (11%) en in 2006 stijgt dit door naar 14 cliënten (23%). In 2006 wordt vier maal het rapportcijfer 10 gegeven. De gemiddelde rapportcijfers in 2004, 2005 en 2006 zijn respectievelijk een 7+, een 7½ en een 8-. Ter vergelijking: het gemiddelde rapportcijfer voor Altrecht als geheel in 2005 was een 7,2 en in 2006 een 7½.

Enkele cliënten lichten toe: 'ABC is een goede keuze en ik ben erg tevreden met de hulp die ik heb gehad' en 'ik ben erg tevreden over de behandeling. Het is laagdrempelig'.

- zijn de zorgbehoeften van de cliënten afgenomen?

De zorgbehoeften worden uit een lijst van 24 zorgbehoeften via een interview met de cliënten en/of 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 directe begeleider geldt de hoogste score. Over het totaal aantal zorgbehoeften, de vervulde zorgbehoeften en de onvervulde zorgbehoeften is het volgende te constateren:

- het totaal aantal zorgbehoeften (dit is de optelling van de vervulde zorgbehoeften en de onvervulde zorgbehoeften) blijft door de jaren heen nagenoeg gelijk: gemiddeld 9,8 zorgbehoeften in 2004, 8,8 in 2005, en 9,1 in 2006;
- het aantal vervulde zorgbehoeften veranderde ook nauwelijks: gemiddeld 3,7 vervulde zorgbehoeften in 2004, 4,6 in 2005 en 5,0 in 2006;
- het aantal onvervulde zorgbehoeften was tussen 2004 en 2005 gedaald van gemiddeld 6,1 naar 4,2 (significant: $t=2,4$; $p=0,018$; $n=81$) en stabiliseert zich in 2006 op gemiddeld 4,1 onvervulde zorgbehoeften. De onvervulde zorgbehoeften die in 2006 het meeste werden genoemd, staan in tabel 11.

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

	2004 n=29	2005 n=51	2006 n=67
gezelschap	59%	41%	44%
activiteiten	62%	37%	39%
nevenwerkingen medicatie	45%	43%	39%
psychisch onwelbevinden	38%	31%	35%
psychotische symptomen	24%	29%	28%
betaald werk	35%	12%	22%
informatie over de behandeling	48%	33%	21%
geld	31%	22%	20%
uitkeringen	10%	18%	19%
lichamelijke gezondheid	28%	24%	17%
drugs	35%	14%	17%
zorg voor het huishouden	28%	26%	15%
huisvesting	14%	8%	15%
vervoer	14%	6%	13%
intieme relaties	41%	16%	13%

De sterkste dalers sinds 2005 zijn *informatie over de behandeling*, waarbij de onvervulde zorgbehoeften afnemen van 33% in 2005 naar 21% in 2006, en *zorg voor het huishouden* met een afname van 26% naar 15%. Ten aanzien van *lichamelijke gezondheid* nemen de onvervulde zorgbehoeften af van 24% naar 17%.

In 2004 was *activiteiten* met 62% de grootste onvervulde zorgbehoefte. Deze nam af naar 37% in 2005 en dit stabiliseert zich in 2006 op 39%. Daarmee is *activiteiten* de op één na grootste onvervulde zorgbehoefte in 2006. De grootste onvervulde zorgbehoefte in 2006 is *gezelschap*.

De grootste onvervulde zorgbehoefte in 2005 was *nevenwerkingen van de medicatie*. Deze onvervulde zorgbehoefte daalt weliswaar van 45% naar 43% naar 39% maar blijft in 2006 één van de grootste onvervulde zorgbehoeften.

Voorts blijkt dat *seksualiteit* als onvervulde zorgbehoefte daalt van 31% in 2004 naar 8% in 2005 en zelfs verder daalt naar 5% van de cliënten in 2006 (niet in tabel 11 opgenomen).

De onvervulde zorgbehoeften die in vergelijking met 2005 zijn toegenomen zijn *betaald werk* (van 12% naar 22%), *huisvesting* (van 8% naar 15%) en *vervoer* (van 6% naar 13% van de cliënten).

Bij de 34 cliënten met twee metingen blijft het totaal aantal zorgbehoeften ongeveer gelijk. In 2006 zijn er per cliënt gemiddeld 8,6 zorgbehoeften terwijl gemiddeld 14 maanden daarvoor dit 9,2 zorgbehoeften waren. Opvallend is dat het aantal onvervulde zorgbehoeften bij cliënten met twee metingen afneemt (van 5,1 naar 3,3; $t=3,0$; $p=0,005$; $n=34$) en het aantal vervulde zorgbehoeften stijgt (van 4,1 naar 5,3; $t=3,0$; $p=0,005$; $n=34$).⁷

⁷ Correlatieve analyses tonen een significant negatief verband tussen enerzijds de duur van de verbondenheid aan ABC en anderzijds de onvervulde zorgbehoeften ($r=-0,29$; $p=0,001$; $n=139$) en ook het totaal aantal zorgbehoeften ($r=-0,25$; $p=0,03$; $n=139$). 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.

De zorgbehoeften die het sterkst zijn gedaald, staan weergegeven in tabel 12. De score op elk item van deze vragenlijst kan variëren van 0 (geen zorgbehoefte) tot 1 (vervulde zorgbehoefte) tot 2 (onvervulde zorgbehoefte).

Tabel 12. De zorgbehoeften bij dezelfde cliënten van ABC die het sterkst zijn afgenomen tussen enerzijds gemiddeld 14 maanden voorafgaand aan 2006 en anderzijds 2006, de gemiddelde afname en de statistische toetsing

zorgbehoefte	gemiddelde afname en statistische toetsing
<i>significante afname:</i>	
o informatie over de behandeling	van 1,1 naar 0,5; significant (t=3,3; p=0,002; n=35)
o betaald werk	van 0,8 naar 0,5; significant (t=2,5; p=0,017; n=35)
o seksualiteit	van 0,4 naar 0,1; significant (t=2,1; p=0,048; n=28)
<i>afnametendens:</i>	
o huisvesting	van 1,1 naar 0,9; tendens (t=2,0; p=0,058; n=35)
o uitkeringen	van 0,5 naar 0,3; tendens (t=1,9; p=0,073; n=34)

Gemiddeld 14 maanden na de eerste meting blijkt dat de zorgbehoefte *informatie over de behandeling* bij cliënten het sterkst is afgenomen: de *onvervulde* zorgbehoefte daalt van 42% naar 14% van de cliënten. De andere afgenomen zorgbehoeften hebben betrekking op *seksualiteit* en *betaald werk*. Uit tabel 11 blijkt echter dat de groep cliënten in 2006 juist meer onvervulde zorgbehoeften ten aanzien van *betaald werk* heeft dan de groep cliënten in 2005. Bij de cliënten met twee metingen, met gemiddeld 14 maanden tussen beide metingen, daalt tussen deze twee metingen *betaald werk* als zorgbehoefte. Zorgbehoeften die (niet significant) tenderen naar afname zijn de *huisvesting* en *uitkeringen*.

Er zijn geen zorgbehoeften die in deze 14 maanden significant zijn toegenomen. Er zijn wel twee zorgbehoeften die tenderen toe te nemen, te weten: *gebruik maken van het openbaar vervoer* (van 0,0 naar 0,2; t=2,0; p=0,051; t=34) en *basisvaardigheden zoals lezen en rekenen* (van 0,0 naar 0,2; t=2,0; p=0,051; n=35). Inzake de andere 14 zorgbehoeften zijn gemiddeld geen veranderingen in deze 14 maanden aantoonbaar. Dit betekent dat verbeteringen die in het onderzoeksverslag over ABC in 2005 werden gerapporteerd inzake *veiligheid voor de cliënt zelf*, *psychisch onwelbevinden*, *gezelschap* en de tendens tot verbetering inzake *activiteiten*, wegvallen bij de meer uitgebreide analyse in het huidige onderzoeksverslag (met meer cliënten over een gemiddeld langere periode).

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

Aangezien familieleden ten behoeve van het onderzoek niet apart zijn benaderd moet deze vraag onbeantwoord blijven.

- zijn cliënten in zorg gehouden?

Gezien de aard van de problematiek is het belangrijk dat ABC zicht 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 2006 zijn er bij ruim de helft 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 13).

Tabel 13. 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, 2005 en 2006

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

Tussen 2004, 2005 en 2006 zijn er weinig verschillen.

Er is (enig) gebrek aan medicatietrouw bij ruim een derde van de cliënten in 2006. Het aantal cliënten met een goede medicatietrouw lijkt door de jaren heen wat toe te nemen: van 46% naar 56% naar 64% (zie tabel 14). De verschillen zijn echter niet significant.

Tabel 14. 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, 2005 en 2006

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

Ondanks deze motivatieproblemen zijn er geen cliënten bij wie het contact (onwenselijk) is verbroken. Een enkele keer lijkt het contact met cliënten verbroken maar die blijken dan toch weer in zorg te komen. De ABC-medewerkers beschrijven zichzelf met: *'we zijn erg outreachend'*.

- gaat het functioneren vooruit inzake 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. Bij de cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn, blijkt hun activiteiten- en participatieniveau te zijn gestegen. Op een schaal van 0 tot 74 stijgt dit significant van gemiddeld 60,0 naar 63,7 ($t=3,0$; $p=0,005$; $n=32$). Van de zeven subschalen van het totale activiteiten- en participatieniveau verbeteren *contacten met personen van buiten de leefeenheid* ($t=3,2$; $p=0,003$; $n=32$) en de *interne sociale integratie* ($t=2,3$; $p=0,027$; $n=32$). Er is een tendens tot verbetering bij de subschaal *buiten de leefeenheid komen* ($t=1,7$; $p=0,093$; $n=32$).

Het gemiddelde activiteiten- en participatieniveau van de totale groep cliënten in 2006 is hetzelfde gebleven als in de voorafgaande jaren.

- verloopt het herstel na een psychose nu sneller dan zonder ABC?

Hoewel deze vraag bij een individu nooit met zekerheid is te beantwoorden, hebben cliënten wel ideeën over de meerwaarde van ABC. Sommige cliënten zien niet veel meerwaarde in een feit dat er alleen jongvolwassenen bij ABC komen: *'ik wil wel gevarieerder met alle leeftijden, maar niet met opa's en oma's of zo. Die mensen hebben meer te bespreken. Je leert ervan'*, zo verwoordt een cliënt. Dezelfde cliënt benoemt ook de andere kant: *'ja... ze kunnen wel gaan klagen over de muziek'*. Een andere cliënt is fel tegen het mengen met oudere cliënten: *'ouderen hebben totaal geen meerwaarde! Zoals ABC nu is, is veel beter. Met ouderen zou ik sneller in een dip komen. Bij jongeren ervaar ik meer steun'*. Een ander bevestigt dit: *'ouderen komen vaak depressief over. Met jongeren kan ik beter opschieten, zoals met computeren of zo'*. En weer een andere cliënt: *'niet boven de 30 jaar. Je leert met huidige leeftijdsgenoten om sociaal te zijn'*. Kortom: meerdere cliënten verwoorden hun positieve houding ten aanzien van leeftijdsgenoten: *'dan zit je eerder op dezelfde golflengte'* en *'je begrijpt elkaar makkelijker'*. En tegelijkertijd wordt de afkeer ten aanzien van oudere cliënten verwoord: *'ze doen alsof ze meer meegemaakt hebben. Dat is een beetje irritant. Daardoor voel ik me niet serieus genomen'*.

2.4 Aanvullende adviezen en opmerkingen

Sommige cliënten konden geen aanvullende verbeterpunten of adviezen noemen: *'het had niet beter gekund'*, zo vertelt er één en *'ga zo door!'*, zegt een ander. En weer een ander: *'ABC maakt goede afspraken. Ze geven je wat mee zodat je iets gemotiveerder wordt als je je niet zo lekker in je vel voelt. Ik heb veel geleerd'*. En ten slotte: *'ze zijn goed bezig. Ze kunnen veel mensen helpen'*.

Anderen komen wel met ideeën, bijvoorbeeld over activiteiten: *'activiteiten in de avond'*, *'iets doen tegen de verveling'*, *'een tafeltennistafel neerzetten'*, *'avondeten'* (voor ambulante cliënten) en *'sporten stimuleren in groepsverband zoals running en zwemmen'*. Enkele cliënten noemen behandelinhoudelijke onderwerpen zoals: *'iedereen cognitieve gedragstherapie, indien nodig'*, *'meer inzicht in psychoses, wat het is en hoe het komt'*, *'meer voorlichting geven over wat je beter kunt laten op het gebied van drank en drugs'* en *'meer Liberman'*.

Soms is er ongezouten kritiek: *'het lijkt erop alsof ze standaardbehandelingen hebben en dat is niet goed in een wereld waarin we als individuen leven. Dus: maatwerk'*. Dezelfde cliënte is overigens positief over de wijze waarop activiteiten worden georganiseerd: *'vooral de activiteitencommissie volhouden en mensen hierover inlichten zodat zij er zich ook voor gaan aanmelden. Het kan je verblijf hier veraangename. Een heel goed initiatief dat ze moeten volhouden!'*. Een andere cliënt met kritiek: *'wat me heel erg opviel is dat zo'n beetje iedereen die hier is opgenomen de hele dag knetterstoned in huis zit. Ik weet dat het regel is dat, wanneer je stoned bent, je naar je kamer moet en niet op de groep mag. Misschien moet dit strenger gehandhaafd worden'*. En een derde cliënt: *'met het huiskamerverleg mag wat meer gebeuren. Soms gebeurt er niets met wat ingebracht wordt door cliënten. Het loopt soms langs elkaar heen wat de onderlinge communicatie van de begeleiders betreft'*.

Opmerkingen over het onderzoek

Medewerkers vonden de groepsinterviews met hen *'uitdagend'* en *'prikkelend'*. Als genoemde redenen hiervan: *'het zet je aan het denken'* en *'goed om te verwoorden en om van anderen te horen vanuit welke gedachten wij werken'*. Een andere medewerker: *'leuk om te horen hoe anderen denken en hoe je soms met dezelfde uitgangspunten tot andere conclusies komt'*. Ten slotte: *'de discussie zou meer tijd verdienen'*.

Een enkele cliënt vond het exitinterview *'pittig'* en had *'het niet graag over ziekte met een onbekend iemand'*. Een ander was juist positief over de onderzoekster: *'aardige interviewer'*, zo gaf zij aan. De meeste cliënten lijken het interview te waarderen. Enkele reacties: *'goed initiatief, dit interview. Ik hoop dat ABC wat met de uitslagen doet'*, *'kort maar krachtig'* en *'belangrijk. Het is onderdeel van hoe het met me gaat en hoe ik tegenover dingen sta. Goede vragen'*. En: *'Goed voor jullie om te evalueren. Goed voor mij om te reflecteren'*. Ten slotte: *'het laat zien dat er echt wel belangstelling is voor hoe ABC ervaren wordt en de kwaliteit ervan. Dat het belangrijk is hoe de cliënt het ervaart. Je wordt als cliënt serieus genomen, dat gevoel krijg ik erbij'*.

2.5 Onderzoeksgegevens samengevat

Dit is het derde onderzoeksverslag over ABC. Hiervoor zijn cliënten en medewerkers via interviews en vragenlijsten benaderd. Aangezien familieleden dit jaar niet betrokken zijn, beschouwen wij het als een *beperkt* onderzoeksverslag.

Ten aanzien van de structuur van ABC ('is het opgezet zoals bedoeld?') blijken zowel cliënten als medewerkers, net als in de voorafgaande jaren, erg tevreden met de huisvesting en locatie van ABC. Als verbeterpunten noemen (met name vrouwelijke) cliënten de huiselijkheid. Sommige medewerkers hebben kritiek op de slechte akoestiek en verlichting van de deeltijdruimte. De doelstelling van ABC is enigszins aangepast: sinds 2006 richt ABC zich ook expliciet op jongvolwassenen met een psychotische stoornis bij wie de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat. Hun rehabilitatie en behandeling moet wel in een open setting haalbaar zijn en niet schadelijk voor medecliënten. De klinische capaciteit is, mede ten behoeve van deze doelgroep, met zes plaatsen (op de Nicolaasstraat) uitgebreid. In totaal heeft ABC 102 cliënten in zorg, van wie er 20 klinisch zijn opgenomen.

Inzake het proces ('functioneert ABC zoals is bedoeld?') blijkt dat, net als in de voorafgaande jaren, cliënten erg 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 23% van de ABC-clieënten staat de verslavingsproblematiek op de voorgrond. Bij 46% is in de laatste twee weken er sprake van cognitieve problemen. De afdeling is financieel gezond en HKZ-gecertificeerd.

Al in de onderzoeksverslagen van 2004 en die van 2005 is geconstateerd dat meerwaarde te verwachten is van systematische ondersteuning bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van doelen van de cliënt door middel van individuele rehabilitatie. Individuele rehabilitatie ontwikkelt zich tot een *evidence based*-interventie. Ondanks opnieuw een rehabilitatietraining in 2006 en intensivering van de rehabilitatiewerkbegeleiding zijn er weinig aantoonbare trajecten met cliënten. Ten aanzien van bijvoorbeeld het terrein 'vrije tijd' is dit zorgelijk. Dit onderzoek toont immers aan dat 'gezelschap' en 'activiteiten' de grootste onvervulde zorgbehoeften zijn bij ABC-clieënten. Deze onvervulde zorgbehoeften blijken bij cliënten met twee metingen (met gemiddeld 14 maanden tussen deze metingen) niet af te nemen. ABC lijkt zijn naam een 'rehabilitatie-afdeling' te zijn, vanuit het oogpunt van individuele rehabilitatietrajecten, niet waar te maken. De meeste teamleden beoordelen daarentegen hun eigen rehabilitatiegehalte met het rapportcijfer 6 of 7. Aanpassing van het beleid lijkt noodzakelijk.

Over de resultaten van ABC ('wat is de meerwaarde?') geven veel cliënten aan door ABC te zijn gegroeid en dingen te hebben geleerd. Dit heeft betrekking op allerlei praktische zaken in het dagelijks leven en ook op het beter met de stoornis overweg kunnen. Opvallend is dat cliënten in 2006 iets meer tevreden lijken met de hulp die ABC biedt dan de jaren daarvoor. Als rapportcijfer geven cliënten ABC een 8- en 93% van hen zou ABC aan een ander aanraden.

Uit het oordeel van de persoonlijk begeleiders/casemanagers over het omgaan met problemen als gevolg van hallucinaties en wanen in de laatste twee weken, blijkt geen verbetering of verslechtering aantoonbaar. Dat geldt ook voor gerelateerde stoornissen zoals bijvoorbeeld depressieve stemming, problematisch alcohol- of drugsgebruik en cognitieve symptomen.

ABC lijkt beter aan te sluiten bij de onvervulde zorgbehoeften. Bij cliënten die gemiddeld 14 maanden aan ABC verbonden zijn, neemt het aantal onvervulde zorgbehoeften af. Deze afname geldt met name voor 'informatie over de behandeling', 'betaald werk' en 'seksualiteit'. In 2006 blijken de grootste onvervulde zorgbehoeften van cliënten te zijn, de eerder genoemde 'gezelschap' en 'activiteiten', en ook 'nevenwerkingen van de medicatie'.

Daarnaast neemt bij de cliënten met twee metingen, op de schaal die het resultaat van rehabilitatie meet, het activiteitsniveau van cliënten en hun deelname aan de samenleving, aantoonbaar toe.

Resultaten-in-vogelvlucht

De resultaten-in-vogelvlucht geven het volgende beeld:

- o cliënten zijn in toenemende mate tevreden met de hulp die ABC biedt;
- o het aantal onvervulde zorgbehoeften neemt af;
- o ten aanzien van de psychotische stoornis en andere stoornissen zijn geen verbeteringen of verslechteringen aantoonbaar;
- o de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving stijgen.

3. Kwaliteitsjaarslag

Het voorliggende onderzoeksverslag is te beschouwen als een kwaliteitsjaarslag in brede zin. Ten behoeve van het kwaliteitsjaarslag in engere zin komt een aantal onderwerpen apart aan bod: de klachten, de meldingen, het ziekteverzuim, de audits, de verbetertrajecten en de meetbare doelstellingen van de primaire processen.

3.1 Klachten

Er zijn over ABC in 2006 geen klachten bij de klachtencommissie ingediend. Er waren wel drie interne klachten die als zodanig schriftelijk zijn vastgelegd. Een klacht kwam van een familielid die aangaf dat ze enkele malen onvoldoende te woord was gestaan. Een ander familielid klaagde over de slechte bereikbaarheid van de arts van ABC. De derde klacht kwam van een overbuurvrouw die klaagde over de harde muziek gecombineerd met openstaande ramen. Alle klachten zijn met de betrokkenen en in het team besproken en dit heeft tot aanpassingen geleid.

Naast deze schriftelijk vastgelegde klachten zijn ook sommige opmerkingen van cliënten als klacht te interpreteren. Uit de verslagen van de dagelijkse *briefing* komt een aantal voorbeelden: een klacht over de schoonmaak, een cliënt die aangaf het vervelend te vinden dat in het huis op de Nicolaasstraat een periode relatief weinig medewerkers kwamen, en een cliënt die zich stoorde aan een brandalarm dat enkele malen onterecht afging. In het wekelijkse huiskamerverleg met klinisch opgenomen cliënten komen regelmatig onderwerpen naar boven die als klacht zouden zijn te interpreteren. Dit heeft veelal betrekking op onderwerpen zoals het uitvoeren van de huishoudelijke taken, geluidsoverlast, slingerende rommel opruimen, het zoekraken van spullen maar heeft eveneens betrekking op zorginhoudelijke onderwerpen zoals de wens van sommige cliënten dat begeleiding strenger en meer consequent optreedt terwijl andere cliënten juist een meer *laissez faire*-opstelling voorstaan. Deze onderwerpen komen regelmatig aan bod en leiden meer dan eens tot aanpassing en toespitsing van de opstelling van ABC-medewerkers.

Klachten zijn te beschouwen als een manier van feedback op het functioneren. ABC heeft als beleid om systematisch met de betrokkenen te evalueren hoe men vindt dat ABC functioneert en waar verbeteringen zijn aan te brengen. Dat evalueren gebeurt door onderhavig onderzoek maar ook door een vast agendapunt bij genoemde wekelijkse huiskamerverleggen met opgenomen cliënten. Dit systematisch evalueren is beschreven in het proces 'Van evaluatie tot klachten' in het kwaliteitshandboek.

3.2 Meldingen van incidenten

In 2006 waren er 16 meldingen van incidenten door medewerkers van ABC. Deze staan in tabel 15 samen met die van 2005 per type melding weergegeven.

Tabel 15. Type en aantal meldingen van incidenten door medewerkers van ABC in 2005 en 2006

	2005	2006
confrontatie van medewerkers met fysieke agressie	8	3
intimidatie naar medewerkers	-	4
verbale agressie naar medewerkers	8	-
fysieke agressie tussen cliënten	2	2
intimidatie tussen cliënten	1	1
tentamen suïcide	-	1
onjuiste medicatie	-	2
overig	-	3
totaal	19	16

De meldingen waar medewerkers zelf bij betrokken zijn, lijken lager dan in 2005 (7 versus 16 maal). De categorie 'overig' heeft betrekking op zaken als een niet verwijderde naald en het niet goed afsluiten van het kantoor. Op elk van deze 16 meldingen is actie ondernomen.

In het eerste kwartaal van 2006 betrof het 7 meldingen. In de andere drie kwartalen samen waren er 9 meldingen. Deze 16 meldingen in 2006 zijn lager dan de 19 in 2005. Er zijn, evenals over vorig jaar, twijfels of alle incidenten daadwerkelijk gemeld worden.

3.3 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim van ABC in 2006 is 7,9%. Dit is boven de *target* van 4,9% die voor de divisie Willem Arntsz is afgesproken. Het aantal ziekmeldingen per ABC-medewerker is gemiddeld 1,9 per jaar. Dit is ook hoger dan de 1,4 die gemiddeld voor Altrecht-medewerkers geldt. Dit betekent dat ABC een relatief hoog ziekteverzuim heeft en dat ABC-medewerkers zich ook relatief vaak ziek melden. In 2005 was het ziekteverzuim bij ABC nog slechts 2,8% bij een gemiddeld aantal ziektemeldingen van 2,1 per medewerker.

3.4 Audits

Om 2006 zijn zes interne audits gehouden. Daarnaast was er een externe audit door *Lloyd's Register*. De interne audits hadden betrekking op de primaire processen (twee maal), de secundaire processen (drie maal) en op een specifiek onderwerp (één 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 2005 waren er tien interne audits en twee externe audits.

3.5 Verbetertrajecten

Onder andere op basis van de audits zijn allerlei acties ondernomen. Als het een gecompliceerde kwestie betreft waaraan een meer uitgebreide analyse aan vooraf dient te gaan met meerdere betrokkenen, spreken we van een verbetertraject. Een overzicht verbetertrajecten die in 2006 liepen:

- gevarieerd eten (beter bekend als *Expeditie appels en peren*);
- beleid 'goede zorg is ook goede registratie';
- oriëntatie op leren;
- somatiek (in de kliniek);
- naar een beleidsnotitie vrije tijd / sociale activering;
- beleid binnenkomst 's avonds;
- wekbeleid;
- procesbeschrijving administratieve organisatie;
- gestandaardiseerde korte psychodiagnostische check;
- eerste meting monitoringsonderzoek sneller na start op ABC;
- 'Aan de slag' - een project naar opleiding en werk voor jongvolwassenen;
- samenwerking met UMCU: een gezamenlijke folder;
- samenwerking met de Hanzehogeschool inzake begeleid leren'
- betrokkenheid familieleden;
- structureel oriëntatie op rehabilitatie voor nieuwe medewerkers;
- opstellen werkinstructie 'zorgplan voorbereiding'.

De verslaglegging ten aanzien van de verschillende verbetertrajecten loopt sterk uiteen. Niet altijd is helder of het een actie (met evaluatiedatum) betreft of een verbetertraject dat een veel langer traject omvat. Er vindt thans discussie plaats in hoeverre eenduidige opdrachten en eenduidige verslaglegging een meerwaarde is of juist een ballast kan gaan betekenen.

3.6 Meetbare doelstellingen van de primaire processen

In het kwaliteitshandboek staan bij alle primaire processen meetbare doelstellingen beschreven. Deze meetbare doelstellingen worden jaarlijks getoetst. De primaire processen, hun meetbare doelstellingen en de uitkomst van de toetsing staan hieronder beschreven.

Het proces 1.1 'voortraject'

Uit het kwaliteitshandboek: *Doel: voldoende en de juiste cliënten in het voor de cliënt passend tijdsbestek in behandeling nemen. Voldoende = aantal geplande nieuw ingeschreven cliënten. Juiste cliënten = doelgroep beschreven in het bedrijfsplan gemeten door de onderzoeker(sassistent) één keer per jaar. Passend tijdsbestek = voldoen aan de Treeknormen: dit is de totale wachttijd op peildatum (98 dagen).*

Bij alle cliënten blijkt sprake te zijn van een psychotische stoornis of van het vermoeden daarop. Bij nagenoeg alle de cliënten is sprake van jongvolwassenheid; enkelen zijn net iets ouder dan 30 jaar.

Het aantal geplande nieuw ingeschreven cliënten is 35. Er waren in 2007 40 nieuwe inschrijvingen.

De wachttijden overschrijden de doelstelling. Aan de Treeknorm (gemeten over de maanden oktober, november en december 2006) wordt voldaan bij 1/3^e van de cliënten. Bij 2/3^e van de cliënten (14 van de 21) wordt de Treeknorm overschreden.

De meetbare doelstelling is niet behaald.

Het proces 1.2 'diagnose en behandelplan'

Uit het kwaliteitshandboek: *Doel: alle cliënten hebben een actueel zorgplan met een diagnose. Meetbare doelstelling: alle cliënten hebben een actueel zorgplan met een diagnose (DSM-classificatie). De onderzoeker meet één keer per jaar hoeveel cliënten en actueel zorgplan hebben.*

Bij de telling in januari 2007 blijkt dat 82% van de cliënten een actueel zorgplan heeft. Begin 2006 had 99% een actueel zorgplan en eind 2004 94% van de cliënten. Een zorgplan wordt opgesteld naar aanleiding van een zorgplanbespreking 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. Bij 5% van de cliënten is sprake van zorgmijdende cliënten bij wie het niet lukt om tot een zorgplanbespreking te komen. Na deze constatering is besloten om in zulke gevallen minimaal een zorgplan op te stellen zonder de cliënt. Een relatief groot aantal zorgplannen is niet actueel. Het beleid is om bij klinisch opgenomen cliënten elke 6 tot 8 weken een zorgplanbespreking te hebben. Bij ambulante cliënten is minimaal elk kwartaal een zorgplanbespreking. Binnen dit beleid zijn gemotiveerde uitzonderingen mogelijk.

Het relatief lage percentage actuele zorgplannen is volgens de betrokkenen te wijten aan een combinatie van factoren. Het betreft een langdurige uitval van de belangrijkste psychiater gecombineerd met het waarnemen door meerdere artsen tegelijkertijd, de inwerkperiode van een nieuwe psychiater en de overgang naar het elektronisch patiëntendossier. Daarnaast was het eenzijdig opstellen van een zorgplan bij zorgmijdende cliënten nog niet van toepassing.

De meetbare doelstelling is niet behaald.

Het proces 1.3 'behandeling in enge zin' samen met proces 1.4 'behandeling in brede zin'

Uit het kwaliteitshandboek: *Doel: zo goed mogelijk aansluiten bij de zorgbehoeften van de cliënten en proberen deze zorgbehoeften te verminderen. Meetbare doelstelling: het meten van de zorgbehoefte gebeurt met de CAN. De onderzoeker(sassistent) meet één keer per jaar of bij minimaal 50% van de cliënten met twee metingen of het aantal zorgbehoeften is afgenomen.*

Bij de cliënten met twee metingen is het gemiddeld aantal zorgbehoeften ongeveer gelijk gebleven.

Bij de eerste meting (gemiddeld 14 maanden voor 2006) waren dit per cliënt gemiddeld 9,2 zorgbehoeften. Bij de tweede meting (in 2006) zijn dit gemiddeld 8,6 zorgbehoeften per cliënt. Bij 12 cliënten (35%) is het aantal zorgbehoeften gestegen. Bij 18 cliënten (53%) is het aantal zorgbehoeften afgenomen.

De meetbare doelstelling is behaald.

Het proces 1.5 'verblijf'

Uit het kwaliteitshandboek: *Doel: een veilig, stimulerend en huiselijk leefmilieu. Meetbare doelstelling: geen van de cliënten bij wie exitinterviews zijn afgenomen, heeft ABC als onveilig ervaren. Meer dan de helft van de opgenomen cliënten geeft in de exitinterviews aan meer zelfstandig te zijn geworden. Driekwart bij de groepsinterviews betrokken cliënten vinden ABC huiselijk genoeg.*

Uit de exitinterviews blijkt dat twee cliënten zich niet altijd veilig hebben gevoeld. Dat werd bij beide cliënten veroorzaakt door dezelfde medecliënt: eenmaal gebeurde dit op ABC en eenmaal buiten ABC. Bij het groepsinterview geeft één cliënte aan zich soms onveilig te voelen door de aanwezigheid van personen in de huiskamer die er niet horen. De andere cliënten geven aan zich wel veilig te voelen op ABC.

De meeste cliënten geven aan door ABC te zijn gegroeid en dingen te hebben geleerd (zie voor nadere uitwerking de eerste subvraagstellingen onder '3. Wat is de meerwaarde van ABC?').

Inzake de huiselijkheid geven meerdere cliënten aan deze onvoldoende te vinden: de inrichting vindt men te strak, te saai en te functioneel.

De meetbare doelstelling is niet behaald.

Het proces 1.6 'behandelplan-evaluatie'

Uit het kwaliteitshandboek: *Doel: een voorbereid zorgplan. Meetbare doelstelling: van elke cliënt zijn voorbereidingen voor het laatste zorgplan beschikbaar zoals afgesproken in de werkinstructie.*

Gezien de invoering van het EPD in oktober 2006, dient de voorbereiding van het zorgplan anders te worden opgezet dan aanvankelijk was afgesproken. Deze voorbereiding vindt onvoldoende plaats. Ook de integratie van de individuele onderzoeksgegevens bij deze voorbereiding, is onvoldoende. Een aanpassing van het verbetertraject is noodzakelijk.

De meetbare doelstelling is niet behaald.

Het proces 1.7 'afroeden behandeling'

Uit het kwaliteitshandboek: *Doel: goede overgang naar andere zorg; feedback krijgen over het functioneren van ABC. Meetbare doelstelling: er zijn verslagen van exitgesprekken beschikbaar; er is jaarlijks een onderzoeksverslag waarin de resultaten van de exitgesprekken aantoonbaar zijn.*

Er zijn over 2006 26 exitgesprekken beschikbaar, inclusief de verslagen daarvan. In voorliggend onderzoeksverslag zijn de uitkomsten van deze gesprekken opgenomen.

De meetbare doelstelling is behaald.

Het proces 1.9 'behandelbeleid-evaluatie' (proces 1.8 is op ABC niet van toepassing)

Uit het kwaliteitshandboek: *Doel: evalueren van het rehabilitatie- en behandelbeleid op basis waarvan bijstellingen kunnen plaatsvinden. Meetbare doelstelling: een jaarlijks onderzoeksrapport. Er worden door cliënten geen onvoldoendes gegeven voor de totale behandeling of begeleiding.*

Het jaarlijks onderzoeksverslag is beschikbaar. In 2006 is door twee cliënten een onvoldoende gegeven (rapportcijfer 5) voor de totale behandeling of begeleiding. Dit is bij 61 cliënten gemeten met behulp van een item uit de GGz Thermometer (zie tabel 10).

De meetbare doelstelling is niet behaald.

4. Beschouwing

Dit monitoringsonderzoek startte in 2004. Voorliggend verslag heeft betrekking op 2006 en vergelijkt de bevindingen met die uit 2004 en 2005. Na de samenvatting komen de beperkingen van het onderzoek en het vervolg aan de orde.

4.1 Samenvatting

Het onderzoek beoogt na te gaan in hoeverre ABC de doelstellingen bereikt. Deze doelstellingen zijn in drieën opgesplitst:

1. ABC is opgezet zoals is bedoeld;
2. ABC functioneert zoals is bedoeld;
3. ABC heeft een meerwaarde.

Het blijkt dat ABC is opgezet zoals is bedoeld. Daarnaast is de doelstelling uitgebreid doordat ABC zich in 2007 expliciet ook is gaan richten op jongvolwassenen met een psychotische stoornis bij wie de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat. Hun rehabilitatie en behandeling moet wel in een open setting haalbaar zijn en niet schadelijk voor medeciënten. De klinische capaciteit is, mede ten behoeve van deze doelgroep, met zes plaatsen (op de Nicolaasstraat) uitgebreid. In totaal heeft ABC 102 cliënten in zorg, van wie er 20 klinisch zijn opgenomen.

Over de huisvesting en de locatie is men erg tevreden. De cliënten zijn erg tevreden 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. Cliënten geven ABC gemiddeld rapportcijfer 8- en 93% van de cliënten zou ABC aan een ander aanraden. De beoogde doelgroep (qua diagnose en leeftijd) wordt bereikt.

Individuele rehabilitatie lijkt – ondanks het breed opleiden in en ondersteuning bieden bij deze gesprekstechniek die zich ontwikkelt tot een *evidence based*-interventie – nauwelijks te leiden tot systematische trajecten van cliënten bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun doelen. Dit is des te problematischer aangezien typische onderwerpen waarbij individuele rehabilitatie meerwaarde heeft, zoals ‘gezelschap’ en ‘activiteiten’, bij ABC-cliënten de grootste onvervulde zorgbehoeften zijn en tegelijkertijd na gemiddeld 14 maanden aan ABC verbonden te zijn, blijken deze onvervulde zorgbehoeften niet af te nemen.

Over 35 cliënten zijn twee metingen beschikbaar. Er zit gemiddeld 14 maanden tussen beide metingen. Bij hen blijkt dat zij in toenemende mate tevreden zijn over de hulp die ABC biedt. Het aantal onvervulde zorgbehoeften neemt af. Ten aanzien van de psychotische stoornis zijn er gemiddeld geen verbeteringen en evenmin verslechteringen aantoonbaar, wat ook voor andere stoornissen en problematisch alcohol- en drugsgebruik geldt. Op de primaire maat voor rehabilitatie – het niveau van activiteiten van cliënten en hun deelname in de samenleving – is er sprake van een vooruitgang. Naar verwachting zal met individuele rehabilitatietrajecten deze vooruitgang toenemen.

Er zijn in 2006 drie, inmiddels afgehandelde, interne klachten geweest en er zijn 16 incidenten gemeld. Het ziekteverzuim is relatief hoog en in vergelijking met 2005 sterk toegenomen. Er zijn een externe en zes interne audits geweest die mede hebben geleid tot verbetertrajecten. De meetbare doelstellingen van de primaire processen zijn deels wel en deels niet behaald. Het belangrijkste knelpunt betreft de gebrekkige voorbereiding van de zorgplanbesprekingen.

4.2 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 35 cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn: de eerste meting gemiddeld 14 maanden voorafgaand aan 2006 en de tweede meting in 2006. 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) de 35 cliënten op basis waarvan de conclusies worden getrokken betreft het een beperkte groep. Een groter aantal zou meer zekerheid geven of deze onderzoeksuitkomsten voor de hele ABC-clieñtenpopulatie zou gelden;⁸
- 3) bij de cliënten met twee metingen bedraagt de afstand tussen deze metingen gemiddeld 14 maanden. De afstand tussen de start op ABC en de eerste meting is echter 10 maanden (met een gemiddelde afwijking hiervan van 9 maanden). Deze 10 maanden en de grote gemiddelde afwijking hiervan geven aan dat voorzichtigheid bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten geboden is.

4.3 Vervolg

Dit onderzoeksverslag bevat uitdrukkelijk geen doelstellingen voor 2007. Het verslag is de basis voor discussie. Naar aanleiding daarvan kunnen verbeterpunten en doelstellingen worden geformuleerd. Onderzoek wordt in 2007 voortgezet. Met de eerder verkregen informatie kan bezien worden of de resultaten vastgehouden en wellicht verbeterd worden.

Bij het vervolg van het onderzoek wordt de datum van de eerste ondermeting vervroegd. Deze eerste meting dient binnen een maand na de komst op ABC plaats te vinden. Hierdoor kan duidelijker beschreven worden in hoeverre verbondenheid aan ABC samenhangt met de onderzoeksresultaten.

⁸ Positief voor de generalisatie van de conclusies van deze 35 cliënten met twee metingen, is dat zij bij hun eerste meting niet systematisch verschillen van de andere cliënten met slechts één meting.

Bijlage

De presentaties en soortgelijke activiteiten voor externen staan schematisch weergegeven (zie schema 1), waarna publicaties staan vermeld waaraan ABC-medewerkers hebben meegewerkt (schema 2).

Schema 1. Presentaties en soortgelijke activiteiten van ABC-medewerkers in 2006 voor personen van buiten ABC naar datum, medewerker, titel van de activiteit, type activiteiten en toehoorders

datum	wie	titel	activiteit	toehoorders
24-1-06	TW	Naar HKZ-certificering	presentatie	behandelstaf Wier te Den Dolder
2-2-06	TW	Implementatie van rehabilitatie in een team/afdeling	trainingsdag	Mentrum - GEO te Amsterdam (via St. Rehabilitatie '92)
2-2-06	FM	Naar HKZ-certificering	presentatie	behandelstaf afdeling gedragsstoornissen
20-2-06	TW	ABC en praktijkgestuurd onderzoek	presentatie	vakgroep psychologen divisie Willem Arntsz
27-2-06	FM	Altrecht/ABC info bij artsen UWV	presentatie	UWV te Utrecht
6-3-06	FM	HKZ-certificering: praktijkervaring tbv teamleiders	presentatie	Adhesie te Deventer
7-3-06	TW	Rehabilitatie en HKZ-certificering	presentatie	studiedag St. Rehabilitatie '92 te Rotterdam
13-3-06	TW	Behandelaren, managers en rehabilitatie	studiemiddag	Mentrum te Amsterdam (via St. Rehabilitatie '92)
14-3-06	MJ+TW	Het milieu benutten	presentatie	studiemiddag Lectoraat rehabilitatie te Groningen
31-3-06	TW	Kritische kanttekeningen bij IPS	presentatie	congres IPS te Amersfoort
7-4-06	IS	Ondersteuning van de ontwikkeling van psychotische adolescenten	cursus	voorjaarscongres NVvP
28-4-06	LL	Patiënt en behandelaar aan het woord	presentatie	symposium Symforagroep: de Zwaluw en de Enk
1-6-06	FM+MF	Ervaringsdeskundigheid in de praktijk	workshop	congres RIBW-alliantie te Amersfoort
23-6-06	MR+TW	Met andere ogen. Interculturalisatie en rehabilitatie	trainingsdag	Mentrum te Amsterdam (via St. Rehabilitatie '92)
27-6-06	MJ+TW	Milieurehabilitatie	studiemiddag	Kenniscentrum Rehabilitatie te Utrecht
29-6-06	FM+MF	Opleiding ervaringsdeskundigheid i.o.	studieochtend	ROC Midden Nederland te Utrecht
29-6-06	RR	Opleiding voor begeleiders in de GGz met ervaringsdeskundigheid	presentatie	ROC Midden Nederland te Utrecht
7-9-06	JG	Over: Oxytocine increases trust in humans	presentatie	Altrecht psychiaters en psychiaters i.o.
22-9-06	FM+TW	ABC: geschiedenis en actuele zaken	startbijeenkomst	Vroege Interventie Psychose te Amsterdam
8-9-06	ST	Een nieuw specialisme op de markt: de klinisch psycholoog	referaat	Altrecht psychiaters en psychiaters i.o.
5-10-06	RR	Opleiding en werk voor jongeren die last hebben van schizofrenie	presentatie	Universitair Medisch Centrum Utrecht te Utrecht
13-11-06	TW	Behandelaren, managers en rehabilitatie	studieochtend	Mentrum te Amsterdam (via St. Rehabilitatie '92)
17-11-06	MR+TW	Met andere ogen. Interculturalisatie en rehabilitatie	trainingsdag	Mentrum te Amsterdam (via St. Rehabilitatie '92)
23-11-06	IS+JA + TW	Jongvolwassenen met schizofrenie in stad en land	workshop	landelijk schizofreniecongres te Zwolle
20-11-06	RR	Een cliënt als collega!	presentatie	Altrecht Talent te Utrecht
30-11-06	RR	Dagbesteding en rehabilitatie. Is de klant er klaar voor? Zijn wij er klaar voor?	presentatie	Kwintes te Zeist
5-12-06	TW	training Rehabilitatiewerkbegeleiding Altrecht: individu en milieu	training	Altrecht: training van 13 dagdelen
7-12-06	TW	Individuele rehabilitatie in vogelvlucht	presentatie	Symposium uitkomsten over RCT individuele rehabilitatie te Utrecht
14-12-06	JG	Rehabiliteren of behandelen	presentatie	Altrecht psychiaters en psychiaters i.o.

ABC-medewerkers: Fred Marquenie (FM), Ingeborg Siteur (IS), Joyce Griët (JG), Leontien Los (LL), Marga Figlarz (MF), Rob Ruijs (RR), Sabine Tibbe (SB), Tom van Wel (TW).

Anderen: Marian de Jong, Altrecht-Talent (MJ), Johan Arends, GGz Drenthe (JA), Maaik Riemersma, Mentrum (MR).

Schema 2. Publicaties in 2006 waaraan ABC-medewerkers hebben meegewerkt naar maand, vermelding en type publicatie

datum	Verwijzing	type
feb-06	Wel, T. van (2006). <i>Opgenomen in de bloedbaan. Het certificeringsproces in 19 stappen</i> . Utrecht: Altrecht ggz.	rapport
apr-06	Wel, T. van & Siteur, I. (2006). Recensie van Erp, N. van, F. Giesen, L. van Leeuwen, & J. van Weeghel (2005). Implementatie van Individual Placement and Support (IPS) in Nederland. <i>Maandblad Geestelijke volksgezondheid</i> , 61 (4), p. 384-387.	recensie
apr-06	Wel, T. van & Siteur, I. (2006). Antwoord op de repliek van de bespreking van Van Weeghel e.a. <i>Maandblad Geestelijke volksgezondheid</i> , 61 (6), p. 496-497.	repliek
jun-06	Wel, T. van (2006). 'Ik leer om weer terug in de maatschappij te komen'. <i>Onderzoeksverslag over ABC in 2005</i> . Utrecht: Altrecht ggz.	rapport
aug-06	Wel, T. van (2006). <i>De wij-zij-kloof</i> . In: W. Boevink, A. Plooy & S. van Rooijen (red.) <i>Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen</i> . Amsterdam: SWP, p. 205-210.	hoofdstuk
nov-06	Discussie op internet over: 'Tom van Wel met Ziekte-inzicht versus vraag-inzicht': www.rehabilitatie.nl	internet
dec-06	Wel, T. van (2006). Ziekte-inzicht versus vraag-inzicht. <i>Tijdschrift voor rehabilitatie</i> , 14(4), p. 63-64.	column
dec-06	Wel, T. van (2006). De wij-zij-kloof. <i>Deviant – tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij</i> , 13, p. 12-15.	artikel
dec-06	Figlarz, M. & Wel, T. van (2006). Iedereen zijn eigen weg naar herstel. Wilma Boevink bezoekt ABC. <i>Raakvlak</i> , nr. 10, p. 28-29.	artikel