

== concept ==

***‘Ik leer om weer in de
maatschappij te komen’***



**Onderzoeksverslag
over ABC in 2005**

Tom van Wel
9 augustus 2006

*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/ABC

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Praktijkgestuurd onderzoek	4
2.1 Is ABC opgezet zoals is bedoeld?	5
2.2 Functioneert ABC zoals is bedoeld?	8
2.3 Wat is de meerwaarde van ABC?	13
2.4 Onderzoeksgegevens samengevat	20
3. Kwaliteitsjaarverslag	21
3.1 Klachten	21
3.2 Meldingen van incidenten	21
3.3 Ziekteverzuim	21
3.4 Audits	21
3.5 Verbetertrajecten	22
3.6 Meetbare doelstellingen van de primaire processen	22
4. Beschouwing	24
4.1 Samenvatting	24
4.2 Beperkingen van het onderzoek	24
4.3 Vervolg	24
Bijlage	25

1. Inleiding

Voorliggend onderzoeksverslag gaat over ABC in 2005. ABC is een specialistische voorziening voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis in de regio Midden-Westelijk Utrecht. 2005 is het tweede 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.

ABC is inmiddels geen project meer. In Altrecht is ABC een afdeling binnen de nieuwe divisie Willem Arntsz. 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 ambulante geboden.

In ABC maakt het onderzoek deel uit van het primaire proces. In het voorliggende onderzoeksverslag beschrijven wij de stand van zaken van ABC eind 2005.

Veranderingen in 2005

ABC heeft op 1 januari 2006 86 cliënten in zorg. Dit betreft 14 cliënten die klinisch zijn opgenomen en 72 ambulante cliënten. De ambulante cliënten hebben elk een casemanager en kunnen gebruik maken van het deeltijdprogramma. Begin 2004 waren er 23 cliënten in zorg en begin 2005 waren dat 51 cliënten.

Vanwege de uitbreiding van de ambulante zorg is het aantal casemanagers gegroeid. Andere personele aanpassingen hebben betrekking op het aanstellen van een ervaringsdeskundige in opleiding, een psychiater in opleiding en een klinisch psycholoog in opleiding.

In mei 2005 is het nieuwe pand aan de Lange Nieuwstraat 52 officieel door de ervaringsdeskundige Mirjam Korrel geopend. Dit nieuwe pand komt in de plaats van de twee huizen aan de Nicolaasstraat. Voorafgaand aan de opening organiseerde ABC een inhoudelijk symposium waar onder andere de lector rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen een presentatie gaf over begeleid leren.

In augustus 2005 is ABC door *Lloyd's Register* HKZ-gecertificeerd. Dit houdt in dat het kwaliteitsmanagementsysteem voldoet aan de eisen die gesteld zijn door patiënten, financiers, overheid en de ggz-sector zelf.

ABC-medewerkers zijn ook actief buiten ABC zelf. Sinds medio 2005 neemt een ABC-medewerker, namens Altrecht, deel aan het bestuur van het landelijk Kenniscentrum Schizofrenie. In november 2005 organiseerde dit Kenniscentrum een druk bezocht landelijk congres naar aanleiding van de Multidisciplinaire Richtlijnen Schizofrenie waarbij ABC samen met het UMCU een workshop gaf. Een recensie van de Multidisciplinaire Richtlijnen Schizofrenie door enkele ABC-medewerkers is gepubliceerd in het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*. ABC is opnieuw betrokken bij de organisatie van het tweede landelijke congres van het Kenniscentrum Schizofrenie in november 2006. Daarnaast zal er een workshop gegeven worden. De presentaties en andere activiteiten van ABC-medewerkers staan in de bijlage vermeld.

2. Praktijkgestuurd onderzoek

De terugblik op 2005 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 uit 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.

Kwaliteitsjaerverslag

In augustus 2005 is ABC gecertificeerd volgens de normen van de HKZ (ISO 9001-2000). Het kwaliteitsjaerverslag maakt deel uit van dit onderzoeksverslag. Aangezien het onderzoeksverslag uitgebreider is dan het kwaliteitsjaerverslag is gekozen voor de aanduiding 'onderzoeksverslag'.

Dataverzameling

Zoals vermeld in het onderzoeksvoorstel is van verschillende dataverzamelingmethoden gebruik gemaakt. De data zijn, in samenwerking met cliënten, familieleden en medewerkers van ABC, verzameld door Nomi Bodor (tot 1 december 2005), Cindy Wijsbek (vanaf 1 december 2005) en Tom van Wel. Hieronder staan de methoden van dataverzameling beschreven.

Groepsinterviews met opgenomen cliënten

Er zijn 13 groepsinterviews gehouden met opgenomen cliënten: negen interviews op Lange Nieuwstraat 52, met gemiddeld zes aanwezige cliënten, en vier interviews op Lange Nieuwstraat 52a, met gemiddeld zeven aanwezige cliënten. Deze groepsinterviews vonden plaats in de maanden augustus, september, november en december 2005 en in januari 2006.

Groepsinterview met ambulante cliënten

Er is voor de ambulante cliënten speciaal een groepsinterview georganiseerd waarvoor allen zijn uitgenodigd. Dit interview vond plaats in december 2005. Er waren vier cliënten bij aanwezig.

Groepsinterview met familieleden

In januari 2006 is een familieavond georganiseerd waarbij het onderzoek een belangrijke plaats innam. Er waren 24 familieleden aanwezig.

Groepsinterviews met medewerkers

In oktober en in december is een deel van de teammiddag gebruikt ten behoeve van het onderzoek onder medewerkers. Hierbij waren gemiddeld 10 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 2005 hebben 19 exitgesprekken plaatsgevonden. In 2004 waren er 10 exitgesprekken.

Exitgesprekken met de persoonlijk begeleider/casemanager van de betreffende cliënt

Ook de persoonlijk begeleider/casemanager is geïnterviewd over betreffende cliënt. Dit betrof 20 exitgesprekken (één vertrokken cliënt kon 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). Over 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 2005 zijn over 51 cliënten vragenlijstgegevens beschikbaar. Ten aanzien van 15 van hen betreft dit een tweede meting. Daarnaast zijn er van ruim 40 cliënten (groeps)interviewgegevens beschikbaar.

Losse tellingen

Deze dataverzamelmethode zijn aangevuld met een aantal losse tellingen (bijvoorbeeld het aantal 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 2004, positief over de huisvesting aan de Lange Nieuwstraat. Met name over de eigen kamers zijn de opgenomen cliënten erg positief: *'gigantisch goed'* noemt een cliënt het. Vergeleken met waar veel cliënten vandaan komen (het UMCU) en vergeleken met het nabij gelede Willem Arntsz Huis beschrijft een cliënt ABC als *'minder klinisch, minder steriel en huiselijker'* en een ander: *'het is hier minder een ziekenhuis'*. Een cliënt die aangeeft dat de gebouwen op de locatie van het Willem Arntsz Huis hem *'kwellen'* zegt over ABC: *'nu is het net alsof je op kamers woont. Je hebt niet het gevoel dat het voor zieke mensen is'*.

De ligging in het centrum vinden cliënten over het algemeen erg prettig: *'lekker midden in de stad bij winkels en supermarkt. Dat geeft een gevoel van vrijheid'*. Een cliënt ziet ook een keerzijde: *'het enige nadeel is dat je dichtbij coffeeshops zit'*. En een ander: *'op een afgelegen plek word je meer met jezelf geconfronteerd; in het centrum word je eerder afgeleid'*.

In 2004 klaagden ambulante cliënten over de 'afschuwelijke' en 'kille' groepsruimte waar sommigen een 'opgesloten gevoel' van kregen en waar te weinig privacy was. Groepsbijeenkomsten vinden thans plaats in de nieuwe deeltijdruimte. Hoewel cliënten positief zijn over deze deeltijdruimte, zijn er ook kritische geluiden: *'het is hier zo keukenachtig'*. Over de opvallende tekeningen waarmee alle muren van deeltijdruimte zijn bedekt (dit is een kunstwerk van Wafae Ahalouch el Keriasti) zegt een cliënt: *'wel mooi maar niet echt geschikt voor een huiskamer'*. Deze cliënt heeft voorkeur voor een meer rustige decoratie, waarbij een andere ambulante cliënt aanvult: *'de muurschildering oogt niet warm maar is wel lekker om bij te fantaseren'*. Anderen vinden de muurschildering mooi. Hoewel men ABC als relatief huiselijk ervaart, vinden sommige ambulante cliënten de gespreksruimtes *'kaal maar wel goed'*. In 2004 werd hierover al opgemerkt dat er weinig planten zijn en dergelijke.

Aan het gebrek aan wachtruimte, waar ambulante cliënten in 2004 over klaagden, is met de komst van de deeltijdruimte deels tegemoet gekomen. Maar als deze ruimte door een groep in gebruik is *'ben je gedoemd om buiten te wachten'*. Ook mist een ambulante cliënt een rookruimte binnen.

Cliënten weten niet aan te geven hoe ABC nog normaler zou kunnen worden.

Familieleden ervaren ABC, net als de cliënten, niet als een ziekenhuis. Een familielid drukt dit als volgt uit: *'het is fijn dat ons kind ergens naartoe kan na een ziekenhuisopname. Dat is nuttig om straks weer in de maatschappij te kunnen'*. Een familielid over zijn ambulante zoon: *'wij mensen zonder de ziekte gaan gewoon naar ons werk toe. Voor onze zoon staat het naar ABC gaan gelijk aan naar zijn werk gaan. Psychologisch gezien is dit goed voor hem'*.

Alle medewerkers vinden dat de inrichting ABC in vergelijking met 2004 vooruit is gegaan: *'het is minder functioneel ingericht'*. De als eerder 'vervallen' beschreven huizen aan de Nicolaasstraat horen niet meer bij

ABC. De meeste medewerkers zijn, net als in 2004, ontevreden over het gebrek aan individuele gespreksruimtes. Hoewel er hiervoor sinds 2004 vier ruimtes zijn bijgekomen, blijft men het door de toename van medewerkers en cliënten als problematisch ervaren. Over de nieuwe deeltijdruimte is men tevreden. Het nieuwe verpleegkantoor voor de 24 uren-medewerkers beschrijft men als *'schandalig'*. Het wordt als te klein en te benauwd ervaren. Daarnaast vindt men het nadelig dat er geen overzicht is wie er in- en uitloopt. Twee medewerkers geven het verpleegkantoor een rapportcijfer 5, de andere acht aanwezige medewerkers geven een rapportcijfer 4 en lager.

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

De meeste cliënten vinden het groepsprogramma gevarieerd genoeg. Men klaagt niet meer, zoals vorig jaar, over het geringe groepsaanbod van ABC. Een ambulante cliënt illustreert zijn tevredenheid met de activiteiten die hij bij ABC volgt: *'overdag heb ik veel te doen: drie keer per week sporten, twee keer per week "Lieberman vrije tijd" en ik ga meedoen aan "Lieberman sociale contacten en intimiteit"'. Het is voldoende gevarieerd'*. De mogelijkheid voor ambulante cliënten om 's avonds op ABC mee te eten en eventueel deze maaltijd helpen te verzorgen, wordt gewaardeerd: *'het eten 's avonds vind ik fijn. Ik zou wel willen dat dit uitgebreid wordt; niet per se om steeds naar toe te gaan maar je hebt dan meer keuze'*. Het sporten benoemen meerdere cliënten als positief als ook het muziek maken. Dit heeft onder meer geleid tot een succesvol optreden van de ABC-band bij een feest in Tivoli. Ook over de avonden is men te spreken: wekelijks is er een filmavond en geregeld is er een sportief toernooitje, een barbecue en een feest. Sommige cliënten missen in de winter een zomeractiviteit zoals het wekelijkse zwemmen. Dit is men van plan weer te gaan doen. De suggestie uit het onderzoeksverslag van 2004 van een cliënt voor computers met internetaansluiting is opgepakt. Er zijn nu vier computers voor cliënten met een internetaansluiting. Sommige cliënten mopperen wel dat het een te trage computer is. Een cliënt benoemt de keerzijde van een vol ABC-programma: *'je hebt nu genoeg te doen op een dag. Daarnaast moet het programma niet helemaal vol zijn want je moet ook jezelf kunnen vermaken'*.

Uit de 19 exitgesprekken blijkt dat zowel 2/3^e van de cliënten als ook 2/3^e van de bij deze cliënten betrokken persoonlijk begeleiders of casemanagers tevreden te zijn over de daginvulling van de betreffende cliënt. Opmerkelijk is wel dat bij 2/3^e van deze exitgesprekken cliënten en medewerkers het niet met elkaar eens zijn of de cliënt voldoende daginvulling had. Soms vinden medewerkers in tegenstelling tot de cliënt de dagbesteding onvoldoende; even vaak zijn cliënten hierover ontevreden in tegenstelling tot hun persoonlijk begeleider of casemanager. In een kwart van de gevallen is men het wel met elkaar eens.

Medewerkers zijn in tegenstelling tot vorig jaar nu wel positief over de variatie van het groepsprogramma. Het groepsprogramma is in 2005 sterk uitgebreid. Verdere verbeteringen zien zij vooral bij de 'doe-dingen' (in tegenstelling tot de 'praat-dingen'), zoals dansen, wandelen en creatieve activiteiten. Voor het recente zaalvoetbaltoernooi waar cliënten en medewerkers samenspeelden, met een heuse beker voor de winnaar, was grote belangstelling. Andere ideeën hebben betrekking op activiteiten met dieren en op een boerderij. Een volgende stap zou mogelijk zijn om activiteiten die cliënten aantrekkelijk vinden buiten ABC te gaan zoeken.

In 2004 toonde het onderzoek dat 62% van de cliënten en/of hun directe begeleider de activiteiten overdag als onvervulde zorgbehoefte beschouwt. Het was in 2004 de meest voorkomende onvervulde zorgbehoefte. Dit is mede door de ingezette verbetertrajecten sterk verminderd: in 2005 zijn de activiteiten overdag nog bij 37% van de cliënten als onvervulde zorgbehoefte te beschouwen (zie tabel 8).

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

De medewerkers zijn tevreden over de interdisciplinaire variatie en samenwerking. De trajectbegeleider voor werk en leren maakt deel uit van het team en is goed bereikbaar. Sommige familieleden zijn erg enthousiast over de trajectbegeleider. Medewerkers discussiëren of het initiatief voor trajectbegeleiding bij de cliënt moet liggen, zoals nu het geval is, of dat de trajectbegeleider zich meer proactief zou dienen op te stellen. Betaalde banen worden, ondanks de specifiek daarop toegesneden IPS-insteek, nauwelijks verkregen. Het accent ligt op dagbesteding en in toenemende mate op leren in reguliere opleidingen. Bij dit leren valt wel ongeveer de helft van de cliënten uit.

Er zijn enkele nieuwe functies bijgekomen, zoals een arts-assistent in opleiding tot psychiater, een klinisch psycholoog in opleiding en een ervaringsdeskundig begeleider in opleiding. Het opsplitsen van de taken tussen psychiater en arts-assistent verloopt soepel. Beiden worden door de andere medewerkers gewaardeerd voor hun open en actieve opstelling, het meedenken en de geboden steun. Een groot knelpunt is wel de overvolle agenda's van beide artsen: afspraken met cliënten zijn moeizaam op kortere termijn in te plannen. Aan het verzoek om het aantal uren voor artsen uit te breiden is inmiddels al tegemoet gekomen. Als groeipunt kan mogelijk het vertrouwen van de persoonlijk begeleiders genoemd worden om vaker zonder overleg met de arts van de eigen en de onderlinge professionaliteit uit te gaan. De beschikbaarheid voor psychologische behandelingen is met de komst van een klinisch psycholoog in opleiding toegenomen. ABC neemt deel aan het multisite-onderzoek naar cognitieve gedragstherapie bij hallucinaties en wanen. De gastvrouw wordt opnieuw als erg positief ervaren: *'dat merk je aan cliënten: iedereen kent haar'*. Haar kracht is dat ze veel naar zich toetrekt, wat soms ook als nadeel kan worden gezien. Zelf beschrijft ze dat als dat ze zich geregeld moet *'inhouden'*. De rol van gastvrouw is immers uitdrukkelijk anders dan de rol van verpleegkundige.

Er is op consultatieve basis een maatschappelijk werkende aan ABC verbonden. Nagenoeg iedereen vindt dit goed functioneren. De enige kritiek hierop heeft betrekking op een relatieve taakverzwaring voor de persoonlijk begeleider zonder een maatschappelijk werkende in het team zelf. Met een maatschappelijk werkende in het team zou er minder van de persoonlijk begeleider gevraagd worden. De uitbreiding van de uren met muziek tot een hele dag per week ervaren medewerkers als zeer positief.

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

Medewerkers zijn over het algemeen positief over de mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering die ABC biedt. Rehabilitatie staat voorop bij de missie van ABC. De medewerkers worstelen, net als in 2004, met de toepassing van de individuele rehabilitatiebenadering. Deze gesprekstechniek voor hulpverleners ondersteunt cliënten bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun doelen op de gebieden wonen, werken, dagbesteding, leren, recreëren en sociale contacten. Hoewel de meeste medewerkers het rehabilitatiegehalte van ABC met een rapportcijfer tussen de 7 en 8 beoordelen, vindt men het lastig om in de dagelijkse praktijk de rode draad bij individuele rehabilitatietrajecten vast te houden.

Om de rehabilitatietrajecten die in het UMCU gestart zijn meer continuïteit te geven, is samen met het UMCU een *rehabilitatie/werk-plan* ontwikkeld dat als leidraad kan dienen bij rehabilitatietrajecten. Dit plan wordt inmiddels ook buiten ABC en zelfs bij instellingen buiten de regio als inspiratie gebruikt. De rehabilitatiewerkbegeleiding voor medewerkers is geïntensiveerd van eens per 3 weken tot 5 keer per maand. Er zijn inmiddels enkele rehabilitatiegroepen voor cliënten gestart teneinde het ontstaan van individuele trajecten te stimuleren en deze trajecten te ondersteunen.

Ten aanzien van verslavingsshantering zijn enkele werkbezoeken afgelegd en verslavingsdeskundigen geraadpleegd. De verslavingsshantering van ABC lijkt up-to-date te zijn: deze is geïntegreerd met de psychiatrische behandeling waarbij motivationele gespreksvoering en schadereductie (in tegenstelling tot abstinentie per se) uitgangspunten zijn. Een open, niet veroordelende, opstelling van medewerkers is cruciaal. Er is niet als zodanig een specifieke verslavingsdeskundige in het team opgenomen. De Liberman-training *Omgaan met verslaving* wordt op ABC door eigen medewerkers twee maal per week verzorgd. Desalniettemin blijft verslaving medewerkers confronteren met onmacht wat geregeld tot uiting komt in een roep om meer kennis en handvatten.

De aandacht voor de somatische zorg is voor verbetering vatbaar. Somatische controles worden nog onvoldoende volgens planning verricht. Er is inmiddels overleg met huisartsen om uit te zoeken hoe de somatische zorg zowel voor de klinische als ook voor de ambulante cliënten verbeterd kan worden. Binnen ABC is een verbetertraject gestart om de somatische zorg te optimaliseren.

De roep om kennisvergroting over de levensfase en psychopathologie is in vergelijking met 2004 sterk verminderd. Er is wel behoefte om meer te weten over persoonlijkheidsstoornissen, met name de anti-sociale, borderline en de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen. De psychiater geeft aan dat er echter altijd een groot gebied zal blijven bestaan waarbij zal moeten worden geïmproviseerd. Immers: *'wanneer eenduidige protocollen hier werkzaam zouden zijn, had ABC geen bestaansrecht'*. De teammiddagen die 3 van de 4 weken plaatsvinden met nagenoeg alle teamleden zijn hierbij belangrijk.

- 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. Bij twee cliënten bleek er na onderzoek geen sprake van een psychose te zijn. Zij zijn inmiddels doorverwezen.

De doelstelling betreffende jongvolwassenheid wordt ook behaald: vier cliënten zijn 30 of 31 jaar oud. Zeven cliënten worden in 2006 30 jaar.

- is er jaarlijks een familieraadpleging?

In 2005 is een familieavond geweest over het thema 'loslaten'. Begin 2006 stond bij een familieavond onderhavig onderzoek centraal, naast het onderwerp 'wonen en begeleiding daarbij'. Van beide avonden zijn verslagen beschikbaar.

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

Deze heeft 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. Vanuit de regionale werkgroep implementatie van het zorgprogramma Schizofrenie en verwante stoornissen komen ook visitatie-ideeën naar boven. 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 met externe audits. Daarnaast zijn er interne audits waaraan enkele medewerkers van buiten ABC deelnemen. ABC is voorstander om hierbij ervaringsdeskundigen in te zetten. Tot nu toe heeft dat nog niet plaatsgevonden.

2.2 Functioneert ABC zoals is bedoeld?

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

Opgenomen cliënten merken in een groepsinterview op dat zij de binnenkomstijd van 22:30 uur kinderachtig vinden: *'wij willen ook kunnen uitgaan'*, zo geeft één van hen aan. Na een discussie over het belang van ritme bij de behandeling van mensen met psychoses zijn de meeste cliënten toch akkoord met deze binnenkomstijd. Op individuele indicatie kunnen regels overigens altijd tijdelijk worden aangepast.

Het uitvoeren van dagelijkse huishoudelijke taken is een permanent aandachtspunt. Medewerkers en cliënten storen zich hier geregeld aan: *'het lijkt wel een kinderklas'*, verwoordt een cliënt het.

Cliënten worden actief betrokken bij het bedenken en het evalueren van oplossingen. Een voorbeeld van het betrekken van cliënten bij oplossingen had betrekking op de herhaaldelijke nachtelijke bende die ontstond in de keuken. Na een uitgebreide groepsdiscussie stelden de cliënten voor om een proefperiode in te stellen waarbij men zelf de keuken op orde houdt en/of elkaar hierop aanspreekt. Bij een mislukte proefperiode van een week zouden cliënten aan de verpleging vragen het voedsel voor een aantal dagen 's nachts weg te halen. Het is toen niet zover gekomen: de proefperiode werd een succes.

Dat ABC zich alleen op jongvolwassenen richt, wordt niet door alle cliënten alleen als positief ervaren: *'met mensen van 40 kun je vaak beter praten'*, zeggen twee cliënten. De meeste cliënten zien de aanwezigheid van leeftijdsgenoten wel als een groot voordeel: *'dat bij ABC alleen jonge mensen zitten is goed. Iedereen heeft dezelfde soort problemen, dan heb je erkenning, dat helpt'*. En een ander: *'het is een groot voordeel want je praat over eenzelfde toekomst'*.

Ook de ambulante cliënten vinden het prettig dat er op ABC cliënten van dezelfde leeftijd zijn: *'met mensen van je eigen leeftijd kun je makkelijker praten over wat je dwars zit'*, aldus een cliënt. Daarnaast ervaren de ambulante cliënten dat de ABC-hulpverleners openstaan voor leeftijdsgerelateerde vragen.

Medewerkers geven aan dat de leeftijdsfase een belangrijke plaats bij de begeleiding inneemt. Het blijft wel een worsteling om te bepalen welk gedrag bij een client een gevolg van de (verlate) pubertijd is en wat bij de ziekte hoort. Medewerkers geven daarbij direct aan dat er geen pasklaar antwoord voor handen is: *'bij deze doelgroep zul je deze vraag altijd wel blijven houden...'*. Het onderwerp levensfase versus ziekte speelt

natuurlijk al langer op ABC, ook voor familieleden. Over het thema 'loslaten' versus 'zorg voor' is om die reden in 2005 met een externe deskundige een familieavond georganiseerd.

- zijn cliënten tevreden over de geboden informatie?

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

Tabel 1. Cluster informatie: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC in 2004 en 2005 versus Altrecht in 2005

	ABC 2004 n=28	ABC 2005 n=48	Altrecht 2005 n=1534
Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?	100%	96%	76%
Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?	89%	94%	75%
Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding?	69%	72%	63%

De cliënten van ABC lijken, vergeleken met de Altrecht-gegevens, beter te worden geïnformeerd over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden en over de aanpak hiervan. Deze GGz Thermometer wordt zelfstandig door de cliënt ingevuld. In een andere vragenlijst, de CAN, is ook naar de informatiebehoefte gevraagd. 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 zorgbehoefte. Indien één van beiden aangeeft dat er sprake is van een zorgbehoefte, wordt dit als score voor beiden geregistreerd. Uit de analyses blijkt dat slechts 67% van de cliënten (en tegelijkertijd ook hun directe begeleider) aangeeft geen behoefte aan informatie over de behandeling (meer) te hebben. Dit is een verbetering ten opzichte van 2004 toen 52% geen behoefte had aan extra informatie. Bij 33% (in 2004: 48%) van de cliënten en/of hun directe begeleider is er, in tegenstelling tot de uitkomsten bij de GGz Thermometer in tabel 1, wel sprake van een informatiebehoefte. Het is onduidelijk hoe deze verschillen in uitkomsten 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.

Bij de 15 cliënten van wie twee onderzoeksmetingen beschikbaar zijn, blijkt dat op de GGz Thermometer geen veranderingen aantoonbaar zijn. Bij de meer gevoelige CAN blijkt echter dat in gemiddeld 9 maanden de behoefte naar informatie over de behandeling significant is afgenomen (van score 1,2 naar 0,4; $t=4,6$; $p=0,000$; zie tabel 9). Kortom: het is door het gebruik van twee meetinstrumenten weliswaar niet duidelijk om aan te geven hoeveel cliënten precies informatiebehoefte hebben, wel is aantoonbaar dat na gemiddeld 9 maanden verbonden te zijn aan ABC de behoefte naar informatie over de behandeling sterk daalt.

Uit de groepsinterviews geven zowel de opgenomen als ook de ambulante cliënten vaker dan in 2004 aan tevreden te zijn met de informatie. Als positief worden expliciet genoemd: de psychoeducatie, informatie over wonen, over het verblijf op ABC en over de ziekte: 'je kunt altijd met vragen terecht', licht een cliënt toe. De informatie over medicatie wordt als goed ervaren. Als eventuele verbeterpunten waar cliënten meer over zouden willen weten noemt men: solliciteren, huren en hypotheek. Cliënten zijn, in tegenstelling tot in 2004, over het algemeen op de hoogte van de ABC-folder, hoewel de meeste geïnterviewden die niet gelezen blijken te hebben.

- zijn cliënten tevreden over hun inspraak bij de behandeling?

Uit de GGz Thermometer blijkt dat de meeste cliënten aangeven dat zij kunnen meebeslissen over de behandeling of begeleiding die zij krijgen. Dit meebeslissen van cliënten lijkt vaker voor te komen dan in de rest van Altrecht (zie tabel 2). Dit is vastgelegd in een zorgplan waar cliënten nagenoeg allemaal mee instemmen.

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

	ABC 2004 n=28	ABC 2005 n=45	Altrecht 2005 n=1534
Kon/kunt u meebeslissen over de behandeling/begeleiding die u krijgt?	86%	87%	76%
Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?	92%	95%	62%
Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	96%	93%	70%

In de groepsinterviews zijn de cliënten positief over de inspraak bij de behandeling: *'alles gebeurt in overleg, ze nemen je problemen serieus en gaan er op in'* en een andere cliënt: *'als dat niet goed zou zijn, zou ik zijn weggegaan'*. Er komen in de groepsinterviews geen tips naar boven over hoe de inspraak verder zou kunnen worden verbeterd.

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

De cliënten zijn tevreden over de hulpverleners van ABC: men vindt de hulpverleners deskundig, ze zijn te vertrouwen, tonen voldoende respect en zijn voldoende geïnteresseerd in de mening van de cliënt (zie tabel 3).

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

	ABC 2004 n=28	ABC 2005 n=48	Altrecht 2005 n=1534
Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende deskundig (goed in zijn/haar vak)?	96%	96%	88%
Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?	93%	92%	87%
Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?	100%	96%	89%
Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?	100%	100%	85%

Ook uit de interviews komen positieve geluiden: *'het zijn heel deskundige mensen'*, geeft een cliënt aan. Als kritiekpunt komt wel naar voren dat het soms lang kan duren voordat de psychiater gesproken wordt: *'dan bel ik voor een afspraak en moet ik nog drie weken wachten'*. Een cliënt geeft aan dat men op ABC blijkbaar goed overlegt: *'in een ander ziekenhuis moest ik dingen soms 40 keer herhalen...'*. Een ander acht de informatieoverdracht tussen een verwijzende afdeling en ABC voor verbetering vatbaar: *'opdat ik niet mijn hele verhaal opnieuw hoeft te doen'*.

- 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.

In de groepsinterviews en in de exitgesprekken blijken cliënten het op prijs te stellen als zij op hun verplichtingen worden aangesproken: *'als je je voor een activiteit opgeeft, moet je ook komen. Daar mag je mensen best op aanspreken. Normaal aanspreken. Niet meteen heel boos worden'*. Sommige cliënten hebben deze hulp hard nodig: *'ik heb zelf aangegeven dat ik dit wil. Voor mij is het makkelijk om niet te komen. Een beetje meer druk zou goed zijn'*. Aan de regels moet men soms wennen: *'aanvankelijk waren de regels vervelend maar naarmate ik hier langer was, zag ik wel het belang van de regels in, bijvoorbeeld het opstaan 's ochtends'*, aldus een cliënt in zijn exitgesprek. De attitude die daarbij ervaren wordt, schiet een enkele cliënt in het verkeerde keelgat: *'soms is het alsof ze jouw baas zijn'*. Er is meer kritiek: een cliënt geeft in een exitgesprek aan dat *'een paar begeleiders me slecht hebben behandeld. Aan hen wil ik meegeven: behandel mensen met respect of zoek een ander vak'*. Bij deze cliënt speelden onder andere angst en druggebruik een rol. De persoonlijk begeleider geeft in het (aparte) exitgesprek aan dat na het verminderen van verplichtingen en het 'onderbieden' bij deze cliënt meer bereikt werd. Een andere cliënt over het ervaren van weinig verplichtingen: *'de mensen zijn hier heel relaxed: ze zeggen niet "wat ga je de hele dag doen?"', ze zeggen niks, al zit je de hele dag achter de tv'*. Weer een andere cliënt hierover: *'het was prima: ze stimuleerden wel om dingen te doen maar ik werd nooit gepusht'*. Bijna alle cliënten waren tevreden over de individuele aanpak van verplichtingen en de algemeen geldende regels. *'Het was precies goed. Ik had op ABC meer structuur dan ik nu heb bij de SBWU. Die structuur was beter voor me dan hoe het nu met me gaat'*, zo verwoordt een cliënt. Een andere cliënt die ook tijdens een exitgesprek terugkijkt: *'de regels waren juist goed: ik had die structuur nodig'*. Weer een andere cliënt hierover: *'er waren veel regels: dat is juist goed, die heb je nodig om goed in je vel te blijven zitten. Als er geen regels zouden zijn,*

was het een puinhoop'. De positieve houding ten aanzien van de regels geldt ook voor een cliënt bij wie door herhaaldelijk overtreden van de regels inzake druggebruik, waarbij andere cliënten in gevaar kwamen, de klinische opname is stopgezet: *'regels waren positief. Ik vond het wel moeilijk mij eraan te houden. Daarom ben ik nu ambulante'*.

- voelen cliënten zich veilig en op hun gemak?

Evenals in 2004 blijkt zowel in de groepsinterviews als ook in de exitgesprekken dat nagenoeg alle cliënten zich veilig voelen in ABC. Desalniettemin ervoeren enkele cliënten van hun medecliënten *'woede-uitbarstingen'* en *'agressief gedrag'*. Een cliënte kreeg enkele malen te maken met grensoverschrijvend seksueel gedrag van een medecliënt. Druggebruik blijkt soms een knelpunt: *'er zijn momenten geweest dat veel mensen om me heen drugs gebruikten terwijl ik ermee wilde stoppen'*. Diefstal kwam net als in 2004 voor: *'je gaat elkaar dan wel minder vertrouwen'*, zo merkt een cliënt op. Ondanks zulke vervelende gebeurtenissen ervaren verreweg de meeste cliënten ABC als veilig: *'ik voelde me hier veilig; het was echt een thuis'*. Soms moest een cliënt even wennen maar de meesten voelden zich op zich op hun gemak: *'soms zie ik mensen lopen die echt ziek zijn, rare mensen, onverzorgd soms. Vroeger liep ik daar met een boog omheen. Nu maak ik een praatje en blijken ze heel aardig te zijn. Nu is het oké'*.

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

Over het algemeen zijn de aanwezigen op de familieavond, net als in 2004, hier positief over. Soms lijkt in het begin het contact moeizaam te verlopen maar *'als we nu bellen, zien we dat het zin heeft'*, aldus een ouder. Sommigen geven aan dat een actievere opstelling van ABC naar de ouders op prijs zou worden gesteld, terwijl andere ouders juist erg tevreden zijn. Op de familieavonden zijn familieleden van allochtone cliënten nauwelijks aanwezig.

- is er voldoende ruimte voor levensbeschouwing?

Dit onderwerp lijkt zowel in 2004 als in 2005 bij cliënten en bij familieleden nauwelijks te spelen. Er worden geen knelpunten naar voren gebracht.

- is er sprake van een minimale wachttijd?

Net zoals in 2004 waren er in 2005 zowel klinisch als ambulante geen wachtlijsten. Voor de ambulante zorg is dat een logisch uitvloeisel van het feit dat er in beide jaren sprake is van een beoogde groei van het aantal cliënten. Voor de 14 bedden van de kliniek blijkt echter ook geen wachtlijst nodig te zijn. Dit heeft te maken met de goede doorstroming vanuit de kliniek naar de ambulante zorg.

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

Medewerkers geven aan dat het streven bij opgenomen cliënten duidelijk gericht is op het zo snel mogelijk ambulante worden. In 2005 is ook het overgrote deel van de cliënten ambulante.

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

De SBWU is in toenemende mate een belangrijke samenwerkingspartner. Dat blijkt niet alleen uit de doorstroming vanuit ABC naar de SBWU, ook neemt een psycholoog van ABC wekelijks deel aan een SBWU-groepsoverleg en geven casemanagers aan dat de samenwerking goed loopt. Af en toe is er wel onduidelijkheid over wie welke taken uitvoert, maar het overleg daarover verloopt prima: *'het contact wordt steeds beter; er zijn minder verrassingen'*. Men staat positief ten aanzien van het idee om bij elkaar eens diensten mee te draaien. Dit heeft echter niet plaatsgevonden.

De medisch en de algemeen manager van ABC hebben maandelijks overleg met het UMCU. Dat verloopt goed. In september 2005 hebben ABC en het UMCU een gezamenlijke beleidsmiddag gehouden. De verpleegkundig specialist van UMCU en een psycholoog van ABC hebben geregeld overleg over

rehabilitatie. Er is een *rehabilitatie(werk-)plan* ontwikkeld dat zowel in het UMCU als in ABC als instrument voor ondersteuning bij rehabilitatietrajecten gebruikt kan worden. Het doel is om, door overeenkomstig taalgebruik en dezelfde instrumenten, rehabilitatietrajecten die in het UMCU zijn ingezet gemakkelijker in ABC een vervolg te geven. Voorts is er voor 2006 een rehabilitatietraining gepland waaraan zowel medewerkers van het UMCU als van ABC deelnemen.

- is er sprake van een productiegroei?

Eind 2005 heeft ABC 86 cliënten in zorg. Eind 2003 waren dat 23 cliënten en eind 2004 51 cliënten. De productie is gegroeid. Volgens de planning uit 2003 zou eind 2005 de totale productie op 100% dienen te zijn. Dat wil zeggen dat er minimaal 12 klinische cliënten en 120 ambulante cliënten in zorg zijn. De klinische productie is enkele jaren geleden al behaald. De ambulante productie betreft thans 60%: 72 van de 120 cliënten. Ondanks het achterblijven van de oorspronkelijk ingeschatte ambulante productie functioneert ABC als een financieel gezonde afdeling.

De in 2003 ingeschatte productie staat echter ter discussie: ABC zal niet nastreven om zelf alle beoogde jongvolwassenen in zorg nemen. In samenwerking met andere instellingen kan ABC ook modulen gaan uitvoeren terwijl de coördinatie van de zorg buiten ABC ligt. Ook een adviserende of consultatieve functie voor ABC behoort tot de mogelijkheden.

- is de opnameduur beperkt?

De gemiddelde klinische opnameduur wordt wekelijks bijgehouden. Eind januari 2006 was deze voor de op dat moment opgenomen cliënten gemiddeld 137 dagen per cliënt. Eind 2004 was dit gemiddeld 181 dagen per cliënt. De opnameduur neemt dus af. Eén cliënt was op dat moment langer dan een jaar opgenomen en een ander bijna een jaar. Beiden zijn inmiddels overgeplaatst.

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

XXXX

Het onderzoeksvoorstel benoemt dat minimaal 12 cliënten per jaar uit de kliniek met ontslag gaan. In 2005 ...

In 2004 zijn 19 cliënten uit de kliniek met ontslag gegaan. De doelstelling is daarmee ruimschoots gehaald. Een enkele maal was dit een ontslag tegen advies en één maal is een cliënt heropgenomen in ABC.

- is er een planmatige werkwijze?

Bij de telling in februari 2006 blijkt dat van de 86 cliënten er 85 een actueel zorgplan hebben. In 2004 hadden 48 van de 51 cliënten een actueel zorgplan. 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. Het betreft digitale zorgplannen volgens het afgesproken format. Van de recente zorgplannen blijken er 52 te zijn ondertekend door de cliënt (62%). Naar schatting van de persoonlijk begeleiders en de casemanagers worden 80% respectievelijk 50% van de zorgplannen voorbereid zoals in de werkinstructie staat vermeld.

Bij de ene cliënt van wie in 2005 het zorgplan ontbreekt zijn wel herhaalde pogingen ondernomen om tot een gezamenlijk zorgplan te komen. Hij komt echter op afspraken steeds niet opdagen. Na overleg is besloten de cliënt bij ABC uit te schrijven en de medicatie via de huisarts te regelen.

In elk zorgplan staan specifiek voor de verpleegkundige begeleiders beschreven doelen en acties ten aanzien van de betreffende cliënt. Deze zijn, net als in 2004, niet uitgewerkt in verpleegplannen in het verpleegdossier. Hierover is in november 2004 al eens een teammiddag gehouden. De verpleegkundigen lijken het ontbreken van een verpleegplan niet te ervaren als een gemis.

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

Uit het jaarverslag over 2004 bleek dat er geen instellingen bekend zijn die voldoende vergelijkbaar zijn met ABC. Er waren in 2004 verschillende werkbezoeken gebracht. Steeds blijkt dat de werkwijzen belangrijk

verschillen. Dit heeft betrekking op *Zonnewijzer* (Amsterdam), *Riagg Amersfoort*, *Afdeling Psychotische Stoornissen* (Deventer), *ACT* voor mensen met 1^e psychoses (Eindhoven) en *Zorglijn Psychotische stoornissen en schizofrenie* (Rotterdam). Er is gepoogd om in samenwerking met het *Julius Center Health Sciences and Primary Care* te komen tot een subsidieaanvraag om de doelmatigheid van ABC te onderzoeken. Een subsidiabele onderzoeksopzet blijkt echter onhaalbaar. In 2005 is vanuit GGz Buitenamstel een werkbezoek aan ABC gebracht. Er bestaan in Amsterdam plannen om een afdeling op te richten die lijkt op ABC. Vooralsnog is een kostenvergelijking met een soortgelijke instelling niet haalbaar.

2.3 Wat is de meerwaarde van ABC?

- groeien en leren cliënten?

Tijdens de exitgesprekken geven de meeste cliënten aan dat zij door ABC zijn gegroeid en dingen hebben geleerd. Een cliënt kijkt terug: *'ik kwam hier binnen als een moeilijk ventje: kon bijvoorbeeld niet uit bed komen en gebruikte veel cocaïne. Door "Lieberman - Omgaan met verslaving" heb ik fases doorgemaakt waarbij ik uiteindelijk niet meer wilde gebruiken. Ik ben ook opener geworden: doordat je vaak genoeg gevraagd wordt om iets te zeggen, ook over persoonlijke dingen, gaat dat steeds makkelijker'*. Enkele andere reacties van cliënten op een rijtje, soms met toevoeging van de mening van hun persoonlijk begeleider:

- *'ik kan beter omgaan met stemmen. Ik heb geleerd die te negeren. Ik ben ook volwassener geworden en woon nu zelfstandig'*;
- *'van bepaalde angsten heb ik nu helemaal geen last meer, ik durfde bijvoorbeeld de straat niet op en was bang voor mensen'*;
- *'ik heb hier eigenlijk alles geleerd: hoe ik mijn tijd moet invullen, het belang van regelmaat, leren koken en over hygiëne'*. Zijn persoonlijk begeleider vult aan: *'hij ziet het belang van medicatie in en is minder eenzaam'*;
- *'ik heb hier geleerd om vroeg op te staan'*;
- *'zeker: over drugs, psychoeducatie enzovoorts. Ik denk dat de sfeer hier gewoon zo goed was dat het een positieve invloed op me had'*;
- *'ik heb hier een dagritme aangeleerd. En ik weet nu wat ik moet doen als ik zelf dingen moet opzoeken, zoals zoeken naar een uitgaans- of sportgelegenheid'*;
- *'ik heb hier geleerd om op mezelf te reflecteren. Bijvoorbeeld als het even niet goed met me ging vroegen ze "goh wat is er, hoe komt het dat je je niet goed voelt?", en dan moest ik er zelf ook over nadenken en dat het met mijn zelfvertrouwen te maken had en dan gingen we daarover in gesprek. Ik ben gegroeid in dat ik me bewuster ben over hoe het met me gaat en waarom'*.

Sommige cliënten zijn minder enthousiast:

- *'nee, ik heb niets geleerd omdat ik alles al wist'*;
- *'nee, ik heb niet zo heel veel behandeling gehad. Ik had geen plek om heen te gaan en ABC was een plek om te beginnen met je leven op orde te krijgen. Hier hebben ze me geholpen aan een nieuwe plek om op mezelf te wonen en dat gaat goed. Ik blow nu ook minder dan vroeger'*. Zijn persoonlijk begeleider: *'hij is trouwer met medicatie, is gaan sporten en leerde omgaan met anderen. Toen hij hier kwam had hij geen contact met zijn ouders maar op ABC leerde hij dat dat belangrijk is en nu heeft hij wel contact met zijn ouders'*;
- *'nee, maar het was gewoon fijn om een plek te vinden waar ik mijn proces kon verwerken'*.

De groepsinterviews bevestigen het positieve beeld:

- *'bij "Lieberman - Omgaan met verslaving" heb ik onder andere technieken geleerd om nee te zeggen tegen drugs'*;
- *'ik heb geleerd om werken vol te houden. Vooral om er naartoe te gaan en om daar dan ook aan te komen'*;
- *'ja, hoe je normaal te gedragen en hoe normaal te leven'*;
- *'begeleiding bij het oppakken van mijn school'*;
- *'om minder agressief te zijn. Ik heb veel aan de gesprekken met de verpleging en met de psycholoog'*.

Sommigen noemen een reeks dingen die zij geleerd hebben: *'leren om een zelfstandig leven op te bouwen, sociale vaardigheden, koken, afwassen en mijn tijd indelen, hoe ik een psychose kan herkennen en wat dan te doen'*. Enkele ambulante cliënten over het groeien en leren:

- *'door langzaam te wennen aan het arbeidsproces'*;

- *'mijn sociale vaardigheden, die ondergesneeuwd waren door de ziekte, komen weer terug';*
 - *'het gaat langzaam maar ik groei en leer. Ik leer om weer in de maatschappij te komen en te communiceren met andere mensen'.*
- is het functioneren zo zelfstandig mogelijk?

Uit de exitgesprekken geven de meeste cliënten zelf aan dat zij zo zelfstandig als mogelijk functioneren. Bij sommige cliënten is nog veel winst te boeken: *'nee, ik kan nu wel wat hulp gebruiken bij mijn psychotische symptomen'* en een ander: *'ik heb nog wel veel mensen om mij heen die mij ondersteunen. Ik wil van die bemoediging af'*. En weer een ander: *'omdat ik aan de drugs ben gegaan ben ik nog niet klaar met leren. Ik moet nog leren een normaal leven op te bouwen zonder alcohol en drugs'*. Soms zien niet de cliënten maar alleen de medewerkers groeimogelijkheden: *'hij zou erg gebaat zijn bij medicatie. Hij heeft niet het besef dat hij psychotisch is'*. Soms verschillen cliënten en hun directe begeleider van mening of het functioneren zo zelfstandig mogelijk is. Bijvoorbeeld: *'ja, zeker in vergelijking met hoe ik hier binnenkwam. Ik ben in alles eigenlijk zelfstandiger geworden'*. Zijn persoonlijk begeleider ziet meer mogelijkheden: *'hij kan uiteindelijk nog zelfstandiger, bijvoorbeeld op zichzelf wonen'*. En over een andere cliënt: *'ja, hij doet van alles nu zelf: hij komt uit zichzelf naar ABC en gaat naar De Boog. Wel moet hij nog wakker gebeld worden: dat is nog een leerpunt'*.

Het groepsinterview met opgenomen cliënten toont dat er meer zelfstandigheid mogelijk is: *'het kost me moeite om me tot dingen te zetten. Ik kan een boel dingen niet. Ik heb hier wel geleerd om echt te koken'*. Een ander: *'soms is het makkelijk om het aan de begeleiding over te laten, bijvoorbeeld het opruimen van de troep in de keuken'*. Enkelens noemen de administratieve kanten: *'ik zou zelfstandiger kunnen worden in de papieren die bij het zelfstandig wonen komen kijken'*. Ambulante cliënten geven in hun groepsinterview aan dat zij ervaren dat ABC hun zelfstandigheid zoveel mogelijk stimuleert.

- kan men met de ziekte overweg?

Bij de exitgesprekken geven de meeste cliënten aan dat zij beter met de ziekte overweg kunnen. Enkele reacties van cliënten:

- *'ja, ik kan beter de stemmen in mijn hoofd negeren. Ik heb nog wel steeds last maar kan ermee omgaan';*
- *'ja, ik neem de stemmen niet meer zo serieus';*
- *'toen ik hier kwam, was ik helemaal in de war. Nu kan ik daar beter mee omgaan';*
- *'ja, ik heb geleerd hoe ik er het beste op kan reageren. Had veel steun aan de verplegers';*
- *'medicijnen hebben ervoor gezorgd dat ik stabiel ben';*
- *'ik douchte niet, poetste mijn tanden niet en at slecht. Nu verzorg ik mezelf heel goed';*
- *'ja, pas de afgelopen maanden sta ik erbij stil. Net als iemand in een rolstoel heeft mijn leven ook beperkingen. Nu ben ik aan het uitpluizen wat mijn beperkingen zijn. Ik mag bijvoorbeeld niet te hard werken en gestresst raken. Ik moet opletten dat ik goed slaap. En geen drugs nemen'*.

Enkelens zeggen niet vooruit te zijn gegaan door ABC: *'het is niet door de behandeling gekomen. Op een gegeven moment ging een lichtje branden en dacht ik bij mezelf "waar ben ik nou mee bezig?"'*. Een ander is het niet eens met de diagnose: *'ik heb nooit toegegeven dat ik een psychose heb. Ik had wel griep en koorts. De doktoren begrepen mij niet en dachten dat ik een psychose had. Ik was wél vol bij mijn verstand: ik geloof echt in heksen'*.

- 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 zowel in 2005 als ook in 2004 er bij ongeveer de helft 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 (zie tabel 4).

Tabel 4. Het aantal cliënten met problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen in de laatste 2 weken (item 6 uit de HoNOS) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 en 2005

	aantal cliënten 2004 (n=28)	percentage 2004	aantal cliënten 2005 (n=50)	percentage 2005
0: geen probleem	14	50%	24	48%
1: ondergeschikt probleem	4	14%	6	12%
2: licht probleem	8	29%	11	22%
3: matig ernstig probleem	2	7%	8	16%
4: ernstig probleem	-	-	1	2%
gemiddelde score (tussen 0 en 4)		1,2		1,1

Gemiddeld genomen lijken de scores op dit item tussen 2004 en 2005 veel op elkaar. In 2005 is de spreiding iets groter: de standaardafwijking is van 1,2 toegenomen naar 1,8.

Er zijn van 14 cliënten twee metingen over dit item beschikbaar. Tussen de metingen zit gemiddeld 9 maanden. Er blijkt met deze vraag tussen de twee metingen geen verschil aantoonbaar.

- 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 werden problemen met depressieve symptomen bij 52% (in 2005) en bij 54% (in 2004) van de cliënten waargenomen (zie tabel 5).

Tabel 5. Het aantal cliënten met problemen met depressieve stemming in de laatste 2 weken (item 7 uit de HoNOS) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 en 2005

	aantal cliënten 2004 (n=28)	percentage 2004	aantal cliënten 2005 (n=50)	percentage 2005
0: geen probleem	13	46%	24	48%
1: ondergeschikt probleem	4	14%	16	32%
2: licht probleem	11	39%	6	12%
3: matig ernstig probleem	-	-	4	8%
4: ernstig probleem	-	-	-	-
gemiddelde score (tussen 0 en 4)		1,2		0,8

De ernst van de depressies vergeleken tussen de groep cliënten in 2004 en die in 2005 blijkt nauwelijks af te nemen. Bij de 14 cliënten van wie twee metingen over dit item beschikbaar zijn, is met betrekking tot hun depressie ook geen verbetering aantoonbaar.

Bij dezelfde 14 personen met 2 metingen neemt de totaalscore van de HoNOS enigszins af van een gemiddelde score 8,1 in 2004 naar score 6,5 in 2005. Dit is echter niet significant. De enige significante verbetering op de HoNOS heeft betrekking op 'problemen met relaties' (van score 1,6 naar 0,6; $t=2,8$; $p=0,016$; $n=14$).

Met betrekking tot het psychiatrische beeld blijkt dat er bij 36% (in 2005) en bij 38% (in 2004) van de cliënten sprake van problematisch alcohol- of drugsgebruik. Bij 44% (in 2005) en bij 38% (in 2004) van de cliënten is sprake van cognitieve problemen. Voorts worden gespannenheid, angst en dwang relatief veel geconstateerd.

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

In 2005 zijn er twee suïcidepogingen geweest. Daarnaast waren er diverse crisisopnames om suïcidepogingen te voorkomen. Zoals in het vorige jaarverslag is beschreven, is er in ABC sprake van een open sfeer waarin ook gedachten aan suïcide worden besproken.

Het aantal terugvallen valt volgens meerdere medewerkers mee: 'we zijn er heel snel bij'. 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'. Als een vinger aan de pols fungeert ook de kookcursus voor ambulante cliënten. De psychiater schat dat er in 2005 een twintigtal crises geweest zijn, en

dat er gemiddeld een bed door een ABC-cliënt bezet is op een gesloten afdeling. Vaak vangt ABC crises zelf op via het bed-op-recept en door intensievere ambulante begeleiding.

- 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 6 vermeld. Ter vergelijking staan gegevens van het ambulante dienstencentrum (ADC) uit Zeist weergegeven.

Tabel 6. Gemiddelde scores van cliënten van ABC op items inzake kwaliteit van leven in 2004 en 2005 versus cliënten van ADC-Zeist in 2005

I ('slecht') tot 7 ('zeer goed')	ABC 2004 n=29	ABC 2005 n=48	ADC-Zeist 2005 n=140
leven als geheel	4,5	4,8	4,2
woonsituatie	5,0	5,2	5,2
sociale leven	4,6	4,7	4,6
lichamelijke gezondheid	4,9	4,7	4,6
geestelijke gezondheid	4,7	4,4	4,3
professionele hulp	5,5	5,5	5,4

In 2005 is de kwaliteit van leven van de groep cliënten ongeveer gelijk als die van de groep in 2004. Vergeleken met de 140 cliënten in Zeist lijkt het leven als geheel wat hoger te score bij cliënten van ABC.

Bij de cliënten met twee metingen blijkt het leven als geheel een hogere score te krijgen dan bij de vorige meting van gemiddeld 9 maanden eerder (dit stijgt van score 3,7 naar 5,0; significant: $t=4$; $p=0,002$; $n=12$). Er is een tendens dat deze cliënten ook meer tevreden zijn met hun sociale leven (dit stijgt van gemiddeld 4,5 naar 5,3; $t=1,92$; $p=0,082$; $n=12$).

- hoe waarden de cliënten het resultaat van de behandeling?

Het lijkt dat het resultaat van de behandeling over de hele linie in 2005 wat beter wordt gewaardeerd dan in 2004 (zie tabel 7). Dit geldt met name bij het beter in staat zijn om dingen te doen die men belangrijk vindt, en beter om te gaan met mensen en situaties waar men eerder moeite mee had. Nergens is echter sprake van significante verbeteringen.

In vergelijking met de Altrecht-data lijkt het zorgplan in ABC vaker naar wens te zijn uitgevoerd, en lijken ABC-cliënten vaker dan cliënten van Altrecht te vinden dat de behandeling of begeleiding de juiste aanpak van hun problemen is.

Tabel 7. Cluster resultaat van de behandeling of begeleiding, het aanraden aan anderen (het percentage 'ja'-antwoorden) en het rapportcijfer voor de totale behandeling of begeleiding van ABC in 2004 en 2005 versus Altrecht in 2005

	ABC 2004 n=24	ABC 2005 n= 47	Altrecht 2005 n=1534
Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?	91%	95%	73%
Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten?	74%	82%	72%
Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?	65%	74%	73%
Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?	70%	75%	69%
Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?	50%	69%	70%
Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?	54%	67%	64%
Zou u een ander aanraden hulp te zoeken bij deze instelling?	70%	91%	80%
Welk rapportcijfer zou u geven aan de totale behandeling of begeleiding?	7,3	7,5	7,2

Er is een (niet significante) tendens dat ABC-cliënten in 2005 vaker deze instelling aan een ander zouden aanraden dan in 2004 (91% versus 70%; Chi-kwadraat= 3,3; p=0,071; n=65).

Het rapportcijfer voor de totale behandeling of begeleiding blijft nagenoeg hetzelfde: een 7,3 in 2004 versus een 7,5 in 2005. Dit betreft in 2005 6 maal een zes, 15 maal een zeven, 20 maal een acht en 5 maal een negen. Er is 1 vijf.

- zijn de zorgbehoeften van de cliënten afgenomen?

De zorgbehoeften worden uit een lijst van 24 zorgbehoeften volgens 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.

Het aantal onvervulde zorgbehoeften is tussen 2004 en 2005 gedaald van gemiddeld 6,1 naar 4,2 onvervulde zorgbehoeften (significant: $t=2,4$; $p=0,018$; $n=81$). Het totaal aantal zorgbehoeften (dit is de optelling van de vervulde zorgbehoeften en de onvervulde zorgbehoeften) bleef daarbij nagenoeg gelijk (gemiddeld 9,8 zorgbehoeften in 2004 en 8,8 in 2005) en ook het aantal vervulde zorgbehoeften veranderde nauwelijks (gemiddeld 3,7 zorgbehoeften in 2004 en 4,6 in 2005). De onvervulde zorgbehoeften die in 2004 het meeste werden genoemd komen in 2005 bij minder cliënten voor (zie tabel 8).

Tabel 8. De 15 onvervulde zorgbehoeften die in 2005 het meest genoemd worden door cliënten en/of hun directe begeleider in ABC en hun aantal in 2004

	aantal cliënten en/of directe begeleiders 2004 n=29	percentage 2004	aantal cliënten en/of directe begeleiders 2005 n=51	percentage 2005
nevenwerkingen medicatie	13	45%	22	43%
gezelschap	17	59%	21	41%
activiteiten	18	62%	19	37%
informatie over de behandeling	14	48%	17	33%
psychisch onwelbevinden	11	38%	16	31%
psychotische symptomen	7	24%	15	29%
huisvesting	8	28%	13	26%
lichamelijke gezondheid	8	28%	12	24%
geld	9	31%	11	22%
uitkeringen	3	10%	9	18%
intieme relaties	12	41%	8	16%
alcohol	5	17%	8	16%
drugs	10	35%	7	14%
veiligheid voor de cliënt zelf	6	21%	7	14%
betaald werk	10	35%	6	12%

De sterkste dalers zijn *activiteiten*, waarbij de onvervulde zorgbehoeften afnemen van 62% naar 37% van de cliënten, en *intieme relaties*, met een afname van 41% naar 16% van de cliënten. Andere relatief sterk afgenomen zorgbehoeften zijn *betaald werk* (van 35% naar 12%) en *drugs* (van 35% naar 14%). In 2004 was na *activiteiten* de grootste onvervulde zorgbehoefte *gezelschap* (bij 59% van de cliënten). In 2005 daalt dit naar 41% van de cliënten. Voorts blijkt dat *seksualiteit* als onvervulde zorgbehoefte daalt van 31% naar 8% van de cliënten (niet in tabel 8 opgenomen). De onvervulde zorgbehoeften die in vergelijking met 2004 enigszins zijn toegenomen zijn *uitkeringen* (van 10% naar 18% van de cliënten) en *psychotische symptomen* (van 24% naar 29% van de cliënten).

Bij de 15 cliënten met twee meetmomenten daalt het aantal zorgbehoeften van gemiddeld 11,3 naar 8,4 zorgbehoeften (significant: $t=4,2$; $p=0,001$; $n=15$). Daarbij daalt het aantal onvervulde zorgbehoeften van gemiddeld 8 naar 4 zorgbehoeften ($t=5,3$; $p=0,000$; $n=15$). De vervulde zorgbehoeften blijven ongeveer gelijk (met gemiddeld 3,4 zorgbehoeften in 2004 en 4,4 zorgbehoeften in 2005).

De zorgbehoeften die het sterkst zijn gedaald staan weergegeven in tabel 9. De score op elk item van deze vragenlijst kan variëren van 0 (geen zorgbehoefte) tot 1 (vervulde zorgbehoefte) tot 2 (onvervulde zorgbehoefte).

Tabel 9. De (on)vervulde zorgbehoeften die het sterkst zijn afgenomen tussen 2004 en 2005 bij dezelfde cliënten van ABC en de gemiddelde afname inclusief statistische toetsing

Zorgbehoefte	gemiddelde afname en statistische toetsing
<i>significante afname:</i>	
o informatie over de behandeling	van 1,2 naar 0,4; significant (t=4,6; p=0,000; n=15)
o veiligheid voor cliënt zelf	van 1,1 naar 0,4; significant (t=3,3; p=0,006; n=14)
o psychisch onwelbevinden	van 1,5 naar 1,2; significant (t=2,6; p=0,019; n=15)
o seksualiteit	van 1,3 naar 0,3; significant (t=2,6; p=0,033; n=8)
o gezelschap	van 1,5 naar 1,0; significant (t=2,2; p=0,048; n=15)
<i>tendens:</i>	
o lichamelijke gezondheid	van 1,2 naar 0,7; tendens (t=2,0; p=0,068; n=14)
o intieme relaties	van 1,2 naar 0,5; tendens (t=2,0; p=0,069; n=13)
o activiteiten	van 1,8 naar 1,3; tendens (t=1,9; p=0,072; n=15)
o vervoer	van 0,5 naar 0,1; tendens (t=1,9; p=0,082; n=15)

Gemiddeld 9 maanden na de eerste meting blijkt dat de zorgbehoefte *informatie over de behandeling* bij cliënten het sterkst is afgenomen: de *onvervulde* zorgbehoefte daalt zelfs van 47% van de cliënten in 2004 naar 0% van de cliënten in 2005. De andere afgenomen zorgbehoeften hebben betrekking op de *veiligheid voor de cliënt zelf*, het *psychisch onwelbevinden*, *seksualiteit* en *gezelschap*. Zorgbehoeften die (niet significant) tenderen naar afname zijn de *lichamelijke gezondheid*, *intieme relaties*, *activiteiten* en *vervoer*. Er zijn bij deze 15 cliënten geen zorgbehoeften die in deze 9 maanden gemiddeld zijn toegenomen.

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

Net als in 2004 geven familieleden op de familieavond aan behoefte te hebben aan meer informatie. Dit heeft betrekking op informatie over schizofrenie en andere stoornissen, en over de aanpak van ABC. Er wordt geopperd om informatie per e-mail te gaan verspreiden, waarmee inmiddels op kleine schaal is begonnen.

- 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 2005 zijn er bij de helft van de cliënten problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor de behandeling. In de vragenlijst HoNOS is hier specifiek een item over opgenomen dat betrekking heeft op de 2 weken voorafgaand aan het interview met de persoonlijk begeleider/casemanager (zie tabel 10).

Tabel 10. Het aantal cliënten met problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor de behandeling in de laatste 2 weken (item 2 uit de HoNOS-addendum) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 en 2005

	aantal cliënten 2004 (n=28)	percentage 2004	aantal cliënten 2005 (n=50)	percentage 2005
0: geen probleem	12	43%	25	50%
1: ondergeschikt probleem	5	18%	5	10%
2: licht probleem	7	25%	12	24%
3: matig ernstig probleem	4	14%	6	12%
4: ernstig probleem	-	-	2	4%
gemiddelde score (tussen 0 en 4)		1,1		1,1

Tussen 2004 en 2005 zijn er weinig verschillen.

Het gebrek aan medicatietrouw speelt ook bij ongeveer de helft van de cliënten een rol. Er is geen belangrijk verschil tussen 2004 en 2005 (zie tabel 11).

Tabel 11. Het aantal cliënten met problemen ten gevolge van een gebrek aan medicatietrouw in de laatste 2 weken (item 3 uit de HoNOS-addendum) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 en 2005

	aantal cliënten 2004 (n=27)	percentage 2004	aantal cliënten 2005 (n=50)	percentage 2005
0: goede medicatietrouw	13	46%	28	56%
1: redelijke medicatietrouw	8	29%	17	34%
2: matige medicatietrouw	4	14%	3	6%
3: geringe medicatietrouw	-	-	1	2%
4: geen medicatietrouw	2	7%	1	2%
gemiddelde score (tussen 0 en 4)		0,9		0,6

Ondanks deze motivatieproblemen zijn er geen cliënten bij wie het contact (onwenselijk) is verbroken, al was het soms 'kantje boord' volgens een medewerker. De cliënt met wie in 2004 onwenselijk het contact was gestopt, is nu weer in zorg. Er zijn vier cliënten met wie door de beperkingen van de negatieve symptomen geen direct contact is maar alleen via de familie. Bij sommige andere cliënten is de geografische afstand zo groot dat het contact moeilijk is: 'dan valt de meerwaarde van ABC weg', zo wordt opgemerkt.

- 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 10 cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn, blijkt hun activiteiten- en participatieniveau tussen 2004 en 2005 te zijn gestegen. Op een schaal van 0 tot 74 stijgt dit significant van gemiddeld 62 naar 66 ($t=3,3$; $p=0,009$; $n=10$). Van de zeven subschalen verbetert *buiten de instelling/leefeenheid komen* significant ($t=3,1$; $p=0,012$; $n=10$). Het gemiddelde activiteiten- en participatieniveau van de totale groep ABC-clieënten in 2004 en die in 2005 is gelijk gebleven.

Aanvullende adviezen en opmerkingen

Er komen uit de interviews niet veel aanvullende adviezen voor ABC. De adviezen die wel naar voren komen, hebben betrekking op activiteiten uit het gewone leven: 'misschien zou er 's avonds ook iets georganiseerd kunnen worden, bijvoorbeeld bij de koffie' en een ander: 'probeer aan de toekomst van mensen te werken: werk zoeken en hun leven op orde krijgen'. En ten slotte: 'ik zou wel meer activiteiten willen die niks met therapie te maken hebben'.

Andere opmerkingen hebben te maken met de positieve en hoopvolle bejegening. Een cliënt hierover tijdens een exitgesprek: 'ik voelde me thuis op ABC: door de enthousiaste houding van de begeleiding (i.t.t. het ziekenhuis waar ik hiervoor zat). Als je iemand tegenover je hebt die denkt "het wordt toch niks met die jongen", dan denk je dat zelf ook. Maar hier hebben ze er vertrouwen in dat het goed met je komt en dat werkt ook door in jezelf'. Een ambulante cliënte die schriftelijk haar mening geeft 'vindt het positief hoe jullie me na de opname opgevangen hebben. Na een tijd dat je alleen maar aandacht krijgt op je zwakke punten was het heel fijn om de aandacht te richten op je positieve kanten (bijvoorbeeld via de daginvulling). Ik vind dat er bij jullie veel positieve aandacht is en er wordt ook geluisterd naar wat jij wil. Het is hier niet als wat een arts (van een andere instelling) mij zei: dat ik mijn hele leven pillen zou moeten blijven gebruiken. Op ABC is het positiever'.

Opmerkingen over het onderzoek

Sommige cliënten zijn niet positief over het interview: 'niet erg nuttig', zegt een cliënt erover. Een enkeling geeft aan het 'veel te lang' te vinden (dat exitgesprek duurde 25 minuten). Een ander vond het daarentegen 'prettig: kort en bondig'.

Over het algemeen laat men zich echter positief uit over de exitgesprekken en de groepsinterviews. 'Goed, ik kon mijn ei wel kwijt. Ik denk ook dat het erg nuttig is om te vragen wat goede en slechte punten hier zijn', zo geeft een cliënt tijdens het exitgesprek aan. Andere opmerkingen over het interview zijn: 'leuk dat je deze vragen stelt: dat jullie geïnteresseerd zijn in onze mening', 'duidelijk en compleet', 'leuk en nuttig' en een ambulante cliënt over het groepsinterview: 'goed voorbereid, goede vragen'.

2.4 Onderzoeksgegevens samengevat

Ten aanzien van de structuur van ABC ('is het opgezet zoals bedoeld?') blijkt men, net als in 2004, erg tevreden met de huisvesting en locatie van ABC. Over de nieuwe deeltijdruimte zijn positieve geluiden te horen. Medewerkers zijn daarentegen erg ontevreden over het nieuwe, 'benauwde' verpleegkantoor. In 2005 is het groepsprogramma van ABC sterk uitgebreid, met name de 'doe-dingen'.

In 2004 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. Ondanks opnieuw een training in 2006 en intensivering van de rehabilitatiewerkbegeleiding zijn er weinig aantoonbare trajecten met cliënten. De meeste teamleden beoordelen daarentegen hun eigen rehabilitatiegehalte als ruim voldoende tot goed.

Inzake het proces ('functioneert ABC zoals is bedoeld?') blijkt dat, net als in 2004, cliënten erg tevreden zijn over de ABC-hulpverleners en over hun inspraak bij de behandeling. De behoefte aan informatie over de behandeling, die ook in 2004 relatief groot blijkt, daalt aantoonbaar nadat cliënten enige tijd aan ABC verbonden zijn. De afgesproken doelgroep (qua diagnose en leeftijd) wordt bereikt. Bij ruim eenderde is er in de laatste twee weken sprake van problematisch alcohol- of druggebruik, en bij 44% is er sprake van cognitieve problemen. De afdeling is financieel gezond hoewel de ambulante productie enigszins bij de oorspronkelijke plannen achterblijft. In 2005 zijn de processen van ABC beschreven en is de interne organisatie aangepast. In augustus 2005 is het HKZ-certificaat door *Lloyd's Register* uitgereikt.

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 het omgaan met drugs en met allerlei praktische zaken van het dagelijks leven. Veel cliënten geven ook aan beter met hun stoornis om te kunnen gaan. Uit het oordeel van de persoonlijk begeleiders/casemanagers over het omgaan met problemen als gevolg van hallucinaties en wanen in de laatste twee weken (volgens de vragenlijst HoNOS), blijkt geen verbetering aantoonbaar.

ABC lijkt beter aan te sluiten bij de zorgbehoeften: de cliënten in 2005 hebben belangrijk minder onvervulde zorgbehoeften dan die in 2004. In 2004 waren de activiteiten overdag voor tweederde van de cliënten een onvervulde zorgbehoefte. Het verbetertraject dat ABC daarop zette blijkt zijn vruchten af te werpen: deze onvervulde zorgbehoefte is gedaald naar 37% van de cliënten. Andere verbeteringen hebben betrekking op intieme relaties en gezelschap.

Bij cliënten die enige tijd aan ABC verbonden zijn, zijn er veranderingen zichtbaar. Naast de afname van de zorgbehoeften blijken 'problemen met sociale relaties' en het 'leven als geheel' verbeteren. Daarnaast neemt, op de schaal die het resultaat van rehabilitatie meet, hun activiteitsniveau en de deelname aan de samenleving, aantoonbaar toe.

Als rapportcijfer krijgt ABC gemiddeld een 7½ (in 2004 was dit een 7,3) en 91% van de cliënten zou een ander aanraden om bij ABC hulp te zoeken (in 2004 was dit 70%).

Resultaten-in-een-vogelvlucht

De resultaten-in-een-vogelvlucht over de cliënten met twee meetmomenten geven een positief beeld:

- ten aanzien van de psychotische stoornis zijn geen verbeteringen aantoonbaar;
- het omgaan met de stoornis verbetert wel. De zelfstandigheid neemt toe: de activiteiten van cliënten en hun deelname in de samenleving stijgen, het aantal zorgbehoeften neemt af en sociale relaties verbeteren;
- het psychisch onwelbevinden neemt af en de tevredenheid met het leven als geheel neemt toe.

3. Kwaliteitsjaarverslag

Het voorliggende onderzoeksverslag is te beschouwen als een kwaliteitsjaarverslag in brede zin. Ten behoeve van het kwaliteitsjaarverslag 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 2005 geen klachten bij de klachtencommissie ingediend. Er waren wel vier interne klachten. Een klacht kwam van een familielid die onvoldoende bereidheid ervoer om haar te woord te staan. Een andere klacht betrof een familielid die ontevreden was over de bereikbaarheid van de artsen. De derde klacht was van een buur en had betrekking op geluidsoverlast. De vierde klacht had betrekking op seksueel grensoverschrijdend gedrag van een medecliënt. Alle vier de klachten zijn met de betrokkenen besproken. Voorts zijn deze in het multidisciplinair teamoverleg aan bod geweest en zijn er afspraken gemaakt om de situatie te verbeteren.

Klachten zijn te beschouwen als een manier van feedback over het functioneren van ABC. ABC heeft als beleid om systematisch met de betrokken 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 de wekelijkse huiskameroverleggen met opgenomen cliënten. Dit systematisch evalueren is beschreven in het proces 'Van evaluatie tot klachten' in het kwaliteitshandboek.

3.2 Meldingen van incidenten

In 2005 waren er 19 meldingen van incidenten door medewerkers van ABC. Deze staan in tabel 12 per type melding weergegeven.

Tabel 12. Type en aantal meldingen van incidenten door medewerkers van ABC in 2005

confrontatie van medewerkers met fysieke agressie	8
verbale agressie naar medewerkers	8
fysieke agressie tussen cliënten	2
intimidatie tussen cliënten	1
Totaal	19

In het eerste en tweede kwartaal van 2005 betrof het samen slechts 3 meldingen. In het derde kwartaal waren er 5 meldingen en in het vierde kwartaal 11. Op elk van deze meldingen is actie ondernomen. Er zijn twijfels of alle incidenten daadwerkelijk gemeld worden.

3.3 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim van ABC in 2005 is 2,8%. Dit is ruim onder de *target* van 6,1% die voor de divisie Willem Arntsz is afgesproken. Het aantal ziekmeldingen per ABC-medewerker is gemiddeld 2,1 per jaar. Dit is iets hoger dan de 1,5 die gemiddeld voor Altrecht-medewerkers geldt. Dit betekent dat de gemiddelde ABC-medewerker zich relatief vaak ziek meldt en dat het verzuim relatief kort duurt.

3.4 Audits

In 2005 zijn 2 externe audits en 10 interne audits gehouden. De externe audits zijn uitgevoerd door *Lloyd's Register* die in augustus leidden tot certificering van ABC. Bij de interne audits zijn alle primaire processen aan bod gekomen. Daarnaast betrof dit de processen 'technisch huishoudelijk en administratie', 'van evaluatie tot klachten' en 'beleidscyclus en toetsing'. 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. Ook hebben de uitkomsten van de audits geleid tot, relatief langer lopende, verbetertrajecten.

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 van de gestarte (en soms inmiddels afgeronde) verbetertrajecten staan hieronder vermeld:

- verbetertraject Naar een beleidsnotitie vrije tijd / sociale activering;
- verbetertraject Ordenen verpleegdossier;
- verbetertraject Somatiek (kliniek);
- verbetertraject Beleid binnenkomst 's avonds;
- verbetertraject Wekbeleid;
- verbetertraject Rehabilitatiegroep;
- verbetertraject Opstellen werkinstructie 'zorgplan voorbereiding';
- verbetertraject Gevarieerd eten (beter bekend als *Expeditie appels en peren*).

Over de verbetertrajecten zijn verslagen beschikbaar. Daarin staan naast een analyse van de huidige situatie adviezen beschreven om tot verbeteringen te komen.

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. Meetbare doelstelling: voldoende = productieafspraken, aantal geplande intakes. Juiste cliënten = doelgroep beschreven in het bedrijfsplan gemeten door de onderzoeker(sassistent) één keer per jaar. Passend tijdsbestek = binnen een maand, indien het een overgangstraject betreft, eventueel langer.*

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. Hoewel ten aanzien van het passend tijdsbestek om een cliënt in behandeling te nemen geen knelpunten naar boven komen, is dit niet goed vast te stellen aangezien hierover geen gegevens zijn geregistreerd. Het aantal geplande intakes was 50. In 2005 zijn 45 intakes gehouden.

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 februari 2006 blijkt dat van de 86 cliënten er 85 een actueel zorgplan hebben. Van 1 cliënt ontbreekt het zorgplan omdat hij, ook na verscheidene pogingen, niet op komt dagen. Na overleg is besloten de cliënt bij ABC uit te schrijven en de medicatie via de huisarts te regelen. Van de recente zorgplannen blijken er 52 te zijn ondertekend door de cliënt (62%).

De meetbare doelstelling is gedeeltelijk behaald: nagenoeg elke cliënt heeft een actueel zorgplan; 62% van de cliënten heeft dit ondertekend.

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

Uit het kwaliteitshandboek: *Doel: zo weinig mogelijk psychiatrische symptomen. 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 15 cliënten met twee meetmomenten daalt het aantal zorgbehoeften van gemiddeld 11,3 naar 8,4 zorgbehoeften (significant: $t=4,2$; $p=0,001$; $n=15$). Bij 2 cliënten zijn de zorgbehoeften toegenomen, bij 1 cliënt is deze gelijk gebleven terwijl bij 11 cliënten (dit is 73,3%) de zorgbehoeften zijn 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 geven in de exitinterviews aan meer zelfstandig te zijn geworden. Driekwart bij de groepsinterviews betrokken cliënten vinden ABC huiselijk genoeg.

Uit de exitinterviews blijkt dat nagenoeg alle cliënten ABC als veilig ervaren. Eén cliënt gaf aan zich een bepaalde tijd er niet veilig te voelen. Hij voegde eraan toe dat hij last had van angstaanvallen waardoor hij zich nergens veilig voelde. Een ander diende een klacht in vanwege seksueel grensoverschrijvend gedrag van een medecliënt. 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?'). Over de huiselijkheid is slechts zijdelings gesproken. De cliënten vinden dat de huiselijkheid is toegenomen en lijken erover tevreden.

De meetbare doelstelling is 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.*

Naar schatting van de persoonlijk begeleiders en de casemanagers worden 80% respectievelijk 50% van de zorgplannen voorbereid zoals in de werkinstructie staat vermeld.

De meetbare doelstelling is niet behaald.

Het proces 1.7 'afroonden 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 2005 19 exitgesprekken beschikbaar. In voorliggend onderzoeksverslag zijn de uitkomsten van deze gesprekken opgenomen.

De meetbare doelstelling is behaald.

4. Beschouwing

Het monitoringsonderzoek startte in 2004. Voorliggend verslag heeft betrekking op 2005 en vergelijkt de bevindingen met die uit 2004. 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 doelen zijn in drieën uiteen te zetten:

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

Het blijkt dat ABC inderdaad is opgezet zoals is bedoeld. Over de huisvesting en de locatie is men erg tevreden. Rehabilitatie lijkt - ondanks positieve meetbare resultaten en tevreden medewerkers over hun rehabilitatiegehalte - nauwelijks te leiden tot systematische ondersteuning van cliënten bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun doelen.

De cliënten zijn, net als in 2004, erg tevreden over de ABC-hulpverleners en over hun inspraak bij de behandeling. De behoefte aan informatie over de behandeling, die ook in 2004 relatief groot bleek, daalt aantoonbaar nadat cliënten enige tijd aan ABC verbonden zijn. De beoogde doelgroep (qua diagnose en leeftijd) wordt bereikt.

Hoewel de aantallen relatief klein zijn, lijkt ABC een aantoonbare meerwaarde te hebben. Ten aanzien van de psychotische stoornis zelf zijn weliswaar geen verbeteringen meetbaar maar het omgaan met de stoornis verbetert wel. De zelfstandigheid neemt toe: de activiteiten van cliënten en hun deelname in de samenleving stijgen, het aantal zorgbehoeften neemt af en sociale relaties verbeteren. Daarnaast neemt het psychisch onwelbevinden af en de tevredenheid met het leven als geheel neemt toe.

Er zijn vier, inmiddels bevredigend afgehandelde, klachten geweest en er zijn 19 incidenten gemeld. Het ziekteverzuim is laag. Er zijn 2 externe en 10 interne audits geweest die mede hebben geleid tot een aantal verbetertrajecten. De meetbare doelstellingen van de primaire processen zijn bijna allemaal gehaald. Uitzonderingen hierop betreft de ondertekening van de zorgplannen (nu 62%) en de voorbereiding van de zorgplannen zoals afgesproken in de werkinstructie.

4.1 Beperkingen van het onderzoek

De onderzoeksresultaten lijken een positief beeld te tonen over de meerwaarde die ABC heeft voor de betrokken cliënten. De meerwaarde kan het beste gemeten worden bij de 15 cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn: de eerste meting in 2004 en de tweede meting in 2005 met gemiddeld negen maanden tussen beide metingen. Bij de interpretatie van deze resultaten is voorzichtigheid geboden. De twee belangrijkste beperkingen van het onderzoek zijn:

- 1) over deze cliënten kan men met voldoende zekerheid vaststellen dat zij gemiddeld zijn vooruitgegaan. Er kan echter niet met voldoende zekerheid gesteld worden dat de verbeteringen door ABC zijn veroorzaakt;
- 2) hoewel de resultaten bij deze 15 cliënten positief zijn, betreft het een kleine groep. Toekomstige resultaten moeten aantonen of de positieve resultaten ook bij grotere aantallen standhouden.

De resultaten van het onderzoek dienen primair te worden gebruikt als systematische informatieverzameling om feedback te krijgen over de opzet, het functioneren en de meerwaarde van ABC, op basis waarvan het kwaliteitsbeleid kan worden aangepast.

4.2 Vervolg

Dit onderzoeksverslag bevat uitdrukkelijk geen doelstellingen voor 2006. Het verslag is de basis voor discussie. Naar aanleiding daarvan kunnen opnieuw verbeterpunten worden geformuleerd.

Dit onderzoek wordt in 2006 voortgezet. Met de eerder verkregen informatie kan bezien worden of de resultaten vastgehouden en wellicht verbeterd worden.

Bijlage

De presentaties en andere activiteiten voor externen staan hieronder schematisch weergegeven.

<i>datum</i>	<i>wie</i>	<i>titel</i>	<i>activiteit</i>	<i>ibv</i>
7-3-05	TW+MJ	Wegwijzer rehabilitatie. Het accent op milieurehabilitatie	presentatie	docenten St. Rehabilitatie '92 te Rotterdam
21-4-05	TW	Bondgenoten	dagvoorzitter	landelijk rehabilitatie-congres te Amsterdam
21-4-05	CK	Klinische conferentie	presentatie	A-opleiding psychiatrie
21-5-05	IS	Vroege psychose. Schizofrenie bij jongvolwassenen	lezing	Sams-symposium
23-5-05	TW	Certificering en ABC	presentatie	Atrecht-stuurgroep te Den Dolder
30-5-05	CK	Hartfalen/ Adverse cardiac effects associated with clozapine	presentatie	Somatiekonderwijs, A-opleiding psychiatrie
30-5-05	CK	Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff	presentatie	Journalclub, A-opleiding psychiatrie
13-9-05	TW+FM+IS	Certificering en ABC	presentatie	divisie Stad Utrecht - MOSU te Utrecht
10-10-05	TW	Verslaving en fasen van gedragsverandering	presentatie	Paulus Potterhage te Nieuwegein
13-10-05	FM+IS	Een regionaal zorgcircuit voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis	presentatie	kwartiermaker divisie Willem Arntsz i.o.
26-10-05	TW	Plenair geïnterviewd door Wouter Bos (PvdA)	interview	'Wouter Bos ontmoet...' te Zeist
15-11-05	TW	Implementatie van rehabilitatie in een team/afdeling	trainingsdag	Mentrum te Amsterdam
17-11-05	TW	Flugge variant van rehabilitatie, historie, context en 'werkplan'	presentatie	docenten St. Rehabilitatie '92 te Rotterdam
24-11-05	TW+WC	Het zorgprogramma schizofrenie en de module rehabilitatie	workshop	Schizofreniecongres Welke zorg werkt? Van richtlijn naar praktijk te Zwolle
9-12-05	IS	Psychose in de adolescentie: ondersteuning van de ontwikkeling van individu en gezin	lezing	afscheid van Margreet de Pater te Zeist
21-12-05	TW	HKZ-certificering en rehabilitatie	presentatie	DDO te Den Dolder

ABC-medewerkers: Colleen Kroese (CK), Fred Marquenie (FM), Ingeborg Siteur (IS), Tom van Wel (TW);
Anderen: Marian de Jong (MJ), Wiepke Cahn (WC).

→? *Uitstroomgegevens: naar SBWU*

instroom vanuit UMCU

hoeveel klinische ontslagen in 2005 (doel: 12)

hoe met wachtlijst

GD: waar komen de nieuwe cliënten vandaan (Zeist?)

is familie zo wel op de beste wijze bereikt?

zie aanpassingen in het onderzoeksvoorstel (= extra onderwerpen bv rehabilitatie)

De vervulde zorgbehoeftes hebben vooral betrekking op de psychotische symptomen (bij 66% van de cliënten), huisvesting (bij 48%) en geld (bij 45%).

Over het eten is men positief: 'het eten is hier beter omdat je het (in tegenstelling tot in het UMCU) zelf maakt'.

zie aanpassingen onderzoeksvoorstel

Crises: gesloten opname - BOR - opnameduur.

IS: Somatiek op altrecht nivo p.7

Visitatie psychiater p.8