



*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

ABC: rehabilitatie-afdeling

Onderzoeksverslag over ABC in 2007

Tom van Wel
2 juni 2008

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Monitoringsonderzoek	6
2.1 Is ABC opgezet zoals is bedoeld?	8
2.2 Functioneert ABC zoals is bedoeld?	13
2.3 Wat is de meerwaarde van ABC?	17
2.4 Aanvullende adviezen en opmerkingen	25
2.5 Onderzoekresultaten samengevat	26
3. Kwaliteitsjaarverslag	28
3.1 Klachten	28
3.2 Meldingen van incidenten	28
3.3 Ziekteverzuim	29
3.4 Audits	29
3.5 Meetbare doelstellingen van de primaire processen	29
4. Beschouwing	32
4.1 Samenvatting	32
4.2 Beperkingen van het onderzoek	32
4.3 Vervolg	33
Bijlage	34

1. Inleiding

Dit onderzoeksverslag gaat over ABC in 2007. Het betreft het vierde onderzoeksjaar. Dit onderzoeksverslag omvat ook het kwaliteitsjaarverslag.

Het profiel van ABC

ABC is een specialistische voorziening voor jongeren met een psychotische stoornis. ABC, dat deel uitmaakt van Altrecht Willem Arntsz, bestaat sinds 2002 en heeft als doel om jongeren met een psychotische stoornis een optimaal behandelplan te bieden. Het onderzoek gaat na of ABC zijn doelstellingen behaalt. Er is een richtinggevend meerjarenbeleidsplan getiteld *ABC-kompas: bedrijfsplan tot 2008*. De missie van ABC is: *jongeren 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 jongeren, direct betrokkenen en ketenpartners.*

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

Schema 1. Kritische factoren die het profiel van ABC bepalen

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

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

 - 3] behandelvisie
 - rehabilitatie op de voorgrond: werken, leren, vrije tijd, wonen, sociale contacten en financiën
 - behandeling van stoornissen staat ten dienste van rehabilitatie
 - gezinnen standaard betrokken
 - communicatiestijl waarbij gelijkwaardigheid en samen-zoeken voorop staan (het proces van het samen-zoeken is even belangrijk als het resultaat van de behandeling)
 - ambulante behandeling:
 - op de voorgrond
 - geïntegreerd met de kliniek
-

De *peergroup* heeft als eerste kritische factor meerwaarde vanwege de aanwezige lotgenoten. Daarnaast wordt het voor hulpverleners mogelijk om zich te verdiepen in de denk- en leefwereld van de jongere en zich te specialiseren in de voor de doelgroep onmisbare interventies als rehabilitatie en het betrekken van gezinnen. Ook heeft de omgang met verslaving en de inzet van ervaringsdeskundigheid een leeftijdsspecifieke invulling.

De tweede kritische factor betreft een genormaliseerde huisvesting van ABC. Deze is voor de jongere met een psychose cruciaal. Een psychose, die de leefwereld op zijn kop kan zetten, ondermijnt veelal de identiteit van de betrokkene. Een jongere zit bovendien net in de vorming van zijn identiteit. In zo'n situatie meet iemand zijn in ontwikkeling verstoorde identiteit in eerste instantie af aan de omgeving waarin

hij verkeert. In dit kader is een zo normaal mogelijke omgeving met zo min mogelijk stigma van belang. De integratiemogelijkheden met de samenleving dienen daarbij zoveel mogelijk aanwezig te zijn. Tegelijkertijd dient dit plaats te vinden in een omgeving waarin de cliënt zich geaccepteerd en begrepen voelt, niet alleen door hulpverleners maar bovenal door lotgenoten.

Binnen de behandelvisie, de derde kritische factor, staat de behandeling van de stoornissen ten dienste aan de (rehabilitatie)doelen van de cliënt waarbij standaard met de familie en andere betrokkenen wordt samengewerkt. Bij de communicatiestijl staan gelijkwaardigheid en samen-zoeken voorop. Belangrijk is om niet het 'ziek zijn' (en de valkuil van de bijbehorende professionele, afstandelijke houding) centraal te laten staan. Het doel is veeleer om een veilige en laagdrempelige sfeer te creëren waarin ieders inbreng waardevol is. Dit geldt zowel ten opzichte van de cliënten en de familie als ook ten opzichte van de medewerkers onderling.

De behandeling wordt bij voorkeur ambulantly geboden, zowel individueel als in groepen. Indien een tijdelijke opname noodzakelijk is, kan ABC deze, in een open setting, bieden waarbij dezelfde casemanager, trajectbegeleider, psycholoog en psychiater direct betrokken blijven.

Competenties van ABC-medewerkers

Medewerkers van ABC dienen over specifieke competenties te beschikken. Competenties betreffen de gedragseisen behorend bij ABC die onderscheidend bijdragen aan het effect van ABC. Onder ABC-medewerkers is een grote mate van overeenstemming over de vier belangrijkste competenties, zo bleek uit de teamdag van 12 juni 2007 die over competenties van het ABC-team ging (zie schema 2).

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

-
- A] visie
 - behandelvisie (zie schema 1)
 - B] resultaatgericht
 - niveau van de cliënt (bv. doelstellingen bij behandelplan)
 - niveau van de medewerker (bv. rehabilitatietrajecten)
 - niveau van ABC als afdeling (bv. monitoringsonderzoek)
 - C] klantgericht
 - wensen van cliënt centraal
 - aanbod past zich zoveel mogelijk aan
 - D] innoveren
 - nieuwe interventies uitproberen en ontwikkelen
 - monitoringsonderzoek als deel van het primaire proces
-

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

Dit gebeurt op een *resultaatgerichte* wijze. Dat betekent dat met elke cliënt in zijn behandelplan doelen worden afgesproken die op een vaste wijze worden geëvalueerd. Op medewerkersniveau zijn er bijvoorbeeld doelstellingen over het aantal individuele rehabilitatietrajecten die tevens inhoudelijk worden beoordeeld. Ook op afdelingsniveau worden doelstellingen gesteld. Deze doelstellingen gaan veel verder dan wat voor de HKZ-certificering noodzakelijk is. Het monitoringsonderzoek toetst deze doelstellingen en onderzoekt de effecten van ABC.

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

Om het aanbod zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de wensen van cliënten is *innovatie* belangrijk. Innovatie betekent dat wegen bewandeld moeten worden die nog niet eerder begaan zijn. Dit vergt van medewerkers een open houding. De organisatie dient zodanig te functioneren dat vernieuwingen gestimuleerd worden. De innovatie betreft nieuwe producten uit de multidisciplinaire richtlijnen als ook producten van de *Schizofreniestichting – Kenniscentrum voor zorg en beleid*. Voorts betreffen innovaties het monitoringsonderzoek dat deel uitmaakt van het primaire proces, het inzetten van ervaringsdeskundigen in de directe zorg, vernieuwingen in de benaderingen van familieleden (zoals met Ypsilon het mede ontwikkelen van de familiekaart) en het buddy-project waarbij studenten ondersteund met een budget cliënten tot ontspannende activiteiten proberen te bewegen.

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

In het voorliggende onderzoeksverslag, dat tevens het kwaliteitsjaarverslag omvat, kijken wij terug naar 2007 en beschrijven wij de stand van zaken van ABC begin 2008.

Geen verdere groei in 2007

Het aantal cliënten dat ABC in zorg heeft, is in 2007 niet verder gegroeid. Begin 2004, 2005, 2006 en 2007 had ABC achtereenvolgens 23, 51, 86 en 102 cliënten in zorg. Begin 2008 heeft ABC 99 cliënten. Tweederde van hen is op ABC klinisch opgenomen geweest. Begin 2008 zijn er 20 klinisch opgenomen cliënten en 79 ambulante cliënten. De ambulante cliënten hebben elk een casemanager en kunnen gebruik maken van het deeltijdprogramma. Daarnaast zijn er nog zeven cliënten die op ABC modules van het deeltijdprogramma of therapieën volgen terwijl de coördinatie van de behandeling buiten ABC ligt. Van deze 99 ABC-cliënten zijn er 35 in 2007 in behandeling gekomen.

Van de ABC-cliënten is 71% man en 37% is allochtoon verdeeld over 14 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 24 jaar. 8% heeft een juridische maatregel. Bij 30% van de cliënten, die allen een psychotische stoornis hebben, staat verslaving op de voorgrond. In 2006 stond bij 23% van de cliënten de verslaving op de voorgrond.

De helft van de cliënten is verwezen door het UMC Utrecht en 17% door andere afdelingen van Altrecht. 12% is verwezen door de huisarts en 8% door de crisisdienst of door het politiebureau.

Sinds de oprichting heeft ABC 173 cliënten behandeling (gehad).

Ingezette veranderingen

In tegenstelling tot voorgaande jaren is het aantal ABC-cliënten in 2007 niet gegroeid. In de nabije toekomst wordt wel met een sterke groei rekening gehouden. Het aantal ambulante cliënten zal mogelijk verdubbelen. Dit heeft betrekking op de actieve oriëntatie van ABC op de subregio's, in eerste instantie Zeist en Nieuwegein en in een latere fase mogelijk ook Woerden. Daarnaast richt ABC zich op jongeren in Utrecht waarbij mogelijk een psychose een rol speelt en die nu tussen wal en schip vallen. Dit gebeurt in samenwerking met het UMCU. Daarvoor is de assertieve, naar buiten tredende functie van ABC uitgebreid. Begin 2008 is een nieuwe locatie voor de casemanagers van het FACT-team in gebruik genomen.

Inzake familiebetrokkenheid is er in ABC sprake van een drietal experimenten. Ten eerste is ABC bij een landelijke pilot-studie betrokken van familievereniging Ypsilon in samenwerking met cliëntenvereniging Anoksis over de ontwikkeling en implementatie van de familiekaart. Het doel van deze kaart is om de samenwerking tussen cliënt, zijn familie en de hulpverleners te formaliseren door middel van concrete afspraken. Het tweede experiment betreft coaching van familieleden aan huis. Aan enkele families die nu niet goed worden bereikt, wordt aangeboden dat twee personen (één hulpverlener van Indigo en één ervaringsdeskundige van Ypsilon) enkele malen bij de familie thuishouden om informatie te geven over het ziektebeeld, de beperkingen in het functioneren en om de weg te wijzen binnen en buiten de gezondheidszorg. Het streven is om snel en flexibel inzetbaar te zijn. Het duo dat de familie thuis bezoekt is niet bij de behandeling van de cliënt betrokken en zij weten niets over de specifieke situatie van de cliënt. Zij stellen het wel op prijs als zij aan het eind van de serie huisbezoeken de behandelaar mogen informeren. Het derde experiment gaat over zeven families, inclusief cliënten, die samen in een groep begeleid worden. Het betreft twee-wekelijkse bijeenkomsten voor de duur van twee jaar. Het is geïnspireerd op een in de Verenigde Staten ontwikkelde werkwijze: de 'multiple-family groups' van McFarlane.

Het onderzoeksverslag over 2006 (Van Wel, 2007) vermeldde dat ABC zijn naam een 'rehabilitatie-afdeling' te zijn, vanuit het oogpunt van individuele rehabilitatietrajecten, niet waarmaakt. Er liepen namelijk te weinig rehabilitatietrajecten terwijl tegelijkertijd de onvervulde rehabilitatiezorgbehoeften groot waren en niet afnamen. Aanpassing van het beleid werd noodzakelijk genoemd. Begin 2007 heeft ABC voor een andere aanpak gekozen. Naast de opleidingen in rehabilitatie en de wekelijkse rehabilitatiewerkbegeleiding van medewerkers, is besloten om individuele rehabilitatietrajecten te monitoren. Dit houdt in dat elke medewerker vier maal per jaar schriftelijk inzage geeft in alle individuele rehabilitatietrajecten die hij uitvoert. Deze trajecten worden inhoudelijk becommentarieerd en beoordeeld. De uitkomsten van deze beoordelingen komen terug in de jaargesprekken. Uit drie beoordelingsrondes blijkt dat de kwaliteit van de rehabilitatietrajecten aantoonbaar toeneemt.

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 april 2007 is dit kenniscentrum opgegaan in de Schizofreniestichting. In 2005, 2006 en 2007 heeft deze stichting druk bezochte landelijke

¹ Ter vergelijking: de stad Utrecht heeft 31% allochtonen van wie 24% niet-Westers: 9% is Marokkaans en 4% Turks.

congressen georganiseerd, waarbij ABC in de congrescommissie vertegenwoordigd was. Tijdens deze congressen gaven ABC-medewerkers workshops: samen met respectievelijk het UMC-Utrecht, het Psychosociaal circuit van GGZ Drenthe, het UMC-Groningen en de Parnassia Bavo Groep. ABC organiseerde daarnaast in samenwerking met de Hanzehogeschool Groningen en GGZEindhoven op 23 april 2008 een symposium met als titel *Rehabilitatie in de praktijk voor jongvolwassenen met een psychotische stoornis*. Door de grote belangstelling wordt dit symposium op 24 september 2008 herhaald. Er is een samenwerkingsovereenkomst ondertekend tussen het lectoraat rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen en ABC. Voorts zijn twee ABC-medewerkers als docent/consulent verbonden aan Stichting Rehabilitatie '92 en twee anderen zijn opgeleid tot 'werkbegeleider rehabilitatie: individu en milieu'. De eerste post-HBO-opleiding *Rehabilitation Counselor* wordt mede door ABC vormgegeven door het beschikbaar stellen van een revalidatiedocent en van een revalidatiesupervisor. 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.

Een publicatie van ABC-medewerkers verscheen in het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. ABC heeft een hoofdstuk geschreven voor het *Jaarboek Rehabilitatie* van het Kenniscentrum Rehabilitatie en voor het *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn* is aan vier hoofdstukken meegewerkt. Beide boeken verschijnen in 2008. Presentaties en soortgelijke activiteiten van ABC-medewerkers in 2007 staan in de bijlage vermeld.

2. Monitoringsonderzoek

De terugblik op 2007 gebeurt aan hand van de onderzoeksresultaten. Medio 2004 is een 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. In het voorliggende onderzoeksverslag zijn, in vergelijking met voorgaande jaren, aanpassingen aangebracht. De oorspronkelijke doelstelling van het onderzoek richtte zich op ABC als 'project'. Inmiddels is ABC de projectstatus ontstegen, wat samengaat met een gewijzigde operationalisering van de onderzoeksvragen. Een aantal topics komt niet meer in het onderzoeksverslag aan de orde, namelijk: de samenwerking met de SBWU en met het UMCU, de productiegroei, de vergelijking in kosten met gelijksoortige instellingen, de multidisciplinaire variatie in het ABC-team en de multidisciplinaire samenwerking, de aanwezigheid van voldoende kennis en vaardigheden, de ruimte voor deskundigheidsbevordering, het aansluiten bij de levensfase van de cliënten en de doorstroming uit de klinische bedden. Andere onderwerpen zijn nieuw: de beschrijving van de kritische factoren van het profiel van ABC, de vereiste competenties van ABC-medewerkers, het becommentariëren en beoordelen van individuele revalidatietrajecten van alle persoonlijk begeleiders en casemanagers, en de inzet van ervaringsdeskundigen in het team.

De onderzoeksvraagstellingen, de subvraagstellingen en de uitkomsten 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. De eerste drie paragrafen van het kwaliteitsjaarverslag (3.1 tot en met 3.3) zijn mede geschreven door Ellen ten Napel (verpleegkundig specialist en teammanager bij ABC).

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 Eefje van den Enden, Ellen ten Napel en Tom van Wel. Hieronder staan de methoden van gegevensverzameling beschreven.

Groepsinterviews met opgenomen cliënten

Er zijn 15 groepsinterviews gehouden met opgenomen cliënten: 9 interviews op Lange Nieuwstraat 52 en 6 interviews op Lange Nieuwstraat 52a. Er waren gemiddeld vijf cliënten bij deze groepsinterviews aanwezig. Deze groepsinterviews vonden plaats in de maanden augustus, september, oktober, november 2007 en in februari 2008 en maakten deel uit van het wekelijkse 'huiskameroverleg'.

Interviews met familieleden

Na de groepsinterviews met familieleden in de voorgaande jaren is overgestapt op telefonische interviews met familieleden. Op de familieavond in oktober 2007 is gevraagd wie hiervoor benaderd mochten worden. Tien ouders zijn door Tom van Wel en (vooral) door Ellen ten Napel telefonisch geïnterviewd: vijf vaders en vijf moeders van in totaal acht verschillende cliënten. Een telefonisch interview was met vader en moeder tegelijk. Van een andere cliënt zijn de vader en moeder apart geïnterviewd. De interviews vonden plaats tussen 24 januari 2007 en 10 maart 2008. De duur van de interviews varieerde van 16 tot 50 minuten met een gemiddelde van 30 minuten.

Groepsinterviews met medewerkers

In september en december 2007 is twee maal de helft van de teammiddag gebruikt ten behoeve van het onderzoek onder medewerkers. Hierbij waren gemiddeld 13 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 2007 hebben 31 exitgesprekken plaatsgevonden. In 2004, 2005 en 2006 waren er respectievelijk 10, 19 en 26 exitgesprekken.

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 die helemaal uit zorg is gegaan bij ABC, is geïnterviewd over de betreffende cliënt. Dit betrof ook 31 exitgesprekken.

Interviews met de cliënt ter voorbereiding van de behandelplanbespreking

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 behandelplanbespreking 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 ten behoeve van de voorbereiding van de behandelplanbespreking.

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

Eén maal per jaar wordt ook de 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 2007 zijn er over 88 cliënten 95 metingen beschikbaar (van 7 cliënten zijn er in 2007 twee metingen). In 2006 waren er over 66 cliënten 70 metingen. Er zijn 64 cliënten met ten minste twee metingen waarvan de laatste meting dateert uit 2006 of uit 2007. Wanneer er van een cliënt meer dan twee metingen beschikbaar zijn, zijn bij de analyses de oudste meting als T1 en de jongste meting als T2 gebruikt. Tussen T1 en T2 zit gemiddeld 1½ jaar.

Losse tellingen

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

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)?

ABC is vanaf de straat niet als zodanig herkenbaar. Dat wordt gewaardeerd: *'goed dat er geen uithangbord is, dat is heel netjes gedaan. Anders krijg je zo'n stempel. Daar had ik op het UMC moeite mee'*, aldus een cliënt. Een ander vult aan dat dit minder stigma oplevert: *'inderdaad, dan word je soms anders bekeken. Zo van: die zijn gek, dat zijn kneuzen. Terwijl dat hier op ABC helemaal niet zo is'*.

Cliënten zijn positief over de ligging in het centrum: *'het is relaxed hier, je bent zo in de stad'*, geeft één van hen aan. Een ander vult aan: *'in het centrum is veel meer te doen: bioscoop, poolen, muziekoptredens. Er zijn gezellige terrasjes terwijl er ook rustige plekken zijn'*. En: *'mooi dat de supermarkt zo dichtbij is'*. De ligging in het centrum heeft ook nadelen: *'je bent ook zo bij de coffeeshops en de dealers'*. Een ander nuanceert dit: *'in Wijk bij Duurstede loop ik ook tegen de dealers aan. In elk klein gehucht heb je binnen 20 minuten drugs'*. Een ander geeft aan dat het nu ook een goede oefening is om van de drugs af te blijven. Een ander nadeel van de ligging van ABC wordt de stadsbus genoemd: *'deze rijdt nog tot laat en als hij voorbij komt, trilt het huis soms een beetje'*.

Cliënten zijn eensluidend positief over het feit dat ABC niet op het terrein van het nabijgelegen Willem Arntsz Huis ligt. Een cliënt illustreert dit: *'gelukkig zitten we daar niet. Daar zou ik me niet prettig voelen. Ze drinken veel en blowen veel. Soms zitten ze je lang aan te kijken en zeggen ze de hele tijd niets. Ze zijn daar een stuk verder heen'*. En een andere cliënt: *'de mensen zijn daar misschien wat meer gestoord. Daardoor word je er eerder geprikkeld van'*.

De eigen kamer vinden de meeste cliënten mooi. Een enkeling moppert dat hij er geen tv in kan plaatsen. Een ander zou graag op zijn kamer kunnen internetten (dat kan nu alleen in de woonkamer en in de deeltijdruimte).

Het type huis wordt gewaardeerd: *'het is hier een leuk oud huis; dat is een leuk gezicht'*. De twee huizen aan de Lange Nieuwstraat (52 en 52A) zijn heel verschillend. De meeste cliënten vinden het pas gerenoveerde pand op 52 mooier: *'52 is veel mooier dan 52A. Bij 52 heb je meer privacy'*. En: *'bij 52A mogen er wel nieuwe tegels in de keuken en de wanden een likje verf'*. Ook mopperen sommigen op de douche en dat de ramen aan de achterkant niet goed sluiten. Een begeleider bevestigt dit: *'op 52 leid ik mensen met plezier rond maar 52A is geen visitekaartje'*. Een andere cliënt beleeft aan 52A ook een voordeel: *'je hebt er een grotere woonkamer'*.

Sommigen vinden ABC te weinig huiselijk: *'ik mis planten en een minder steriel interieur'*. Een andere cliënt: *'deze huiskamer lijkt wel op een kantoor of op een wachtkamer bij de tandarts. De banken zijn te hard. Ik kan er niet op luieren'*. Andere cliënten vinden de inrichting wel goed: *'het is wel huiselijk met een woonkamer en een keuken. Gezamenlijk eten en koken is gezellig'*. Geregeld maakt men vergelijkingen met het UMC: *'ABC is beter dan het UMC; ik had niet echt het gevoel dat ik in een kliniek zat'*. Een cliënte tijdens het exitgesprek: *'ik vond het wel huiselijk: de woonkamer is heel leuk, de deeltijdruimte niet zo gezellig. Het rookkamertje was gezellig en mijn kamer en de tuin ook. Alles was netjes: de badkamer en het toilet waren netjes en schoon, dat vind ik wel belangrijk. Het is wel heel lawaaiërig: ik werd gek van de kerkklokken en de deuren die dichtslaan, en ook van de radio en de wasmachine'*.

Familieleden noemen bij de huisvesting verbeterpunten: *'dat kan wel beter. Liever grotere ruimtes bij de psychiater en de psycholoog. Nu is het een smal trappetje, het is krap. Het is een verouderd pand'*. Dezelfde vader geeft aan dat dit volgens hem vooral geldt voor de medewerkers: *'het lijkt me vooral lastig voor de mensen die er moeten werken. Als familie vind ik het prima'*. Een moeder vult aan: *'het is niet overzichtelijk, je pakt makkelijk de verkeerde deur. En de kamers boven zijn niet toegankelijk voor mensen met een lichamelijke handicap, zoals mijn man. De temperatuur lijkt er ook moeilijk te regelen: het is er koud of warm'*. De aankleding van ABC vinden sommige ouders *'een beetje kaal, wat kil en steriel, niet aangekleed'*. Als suggesties worden gegeven: *'meer kleur, dingen aan de muren, variatie in kleuren. Het is meer een gevoel...'*.

De meeste familieleden zijn echter tevreden over de huisvesting. In tegenstelling tot de vorige alinea spreekt een ouder over een *'huiskamersfeer'* bij ABC. Een vader vindt het prettig dat ABC in het centrum zit en niet *'in de bossen'*: *'het voelt niet als een ziekenhuis'*. Een moeder vult aan: *'er heerst een prettige sfeer met de tuin als een soort rustpunt. Ik vind het een ideale plek met veel mogelijkheden en het is*

prettig binnenkomen: je wordt welkom geheten, een kopje koffie aangeboden, er is een zitplaats waar je eventueel kan wachten'. Een andere moeder: *'het zit er prima. De gebouwen vind ik perfect*'.

Ouders zijn van mening dat ABC kleinschalig is: *'je bent er geen nummer. Je hebt direct contact en dat is fijn. Het gaat niet via via'* en een ander: *'je gaat niet op in de massa, mensen kennen je'*. Een derde ouder: *'ik vind ABC persoonlijk gericht. Er wordt tijd voor je gemaakt en je wordt altijd teruggebeld*'. Andere kenmerkende uitspraken zijn: *'medewerkers gedragen zich niet als verpleegkundigen; ze zijn minder formeel en minder op een afstand'* en een ander: *'er heerst een ongedwongen sfeer'*. En tenslotte een moeder: *'ik vind de bejegening en "het uiterlijk" zo normaal mogelijk*'.

Ouders die ABC al jaren kennen en veranderingen van ABC meemaken geven aan: *'er is een sfeer van persoonlijke benadering'* maar ook: *'ik hoop dat ze dit kunnen vasthouden nu er een splitsing is'*. Een andere ouder vindt dat de kleinschaligheid is verminderd: *'het is kleinschalig opgezet maar dat is nu niet meer zo omdat het zo hard is gegroeid. Ik merk dat soms zaken onduidelijk zijn, bijvoorbeeld weten wanneer wie werkt'*.

Medewerkers zijn, net als in de voorgaande jaren, over de locatie onverminderd positief: *'belangrijk is de uitstraling dat je als psychiatrisch patiënt niet weggestopt zit maar hier in een mooie omgeving bent. Ik zou hier ook wel willen wonen'*, aldus een psychiater. Een andere arts: *'cliënten reageren bij een rondleiding erg positief. Ze zeggen dan "oh, is dit de kliniek?"'*.

In het onderzoeksverslag van vorig jaar uitten medewerkers kritiek op de verlichting van de deeltijdruimte. De verlichting is inmiddels verbeterd. De akoestiek blijft nog een probleem, vooral als mensen door elkaar spreken is het moeilijk te verstaan. Nadeel blijft dat de ramen niet open kunnen waardoor het geregeld muf ruikt. Het verpleegkantoor is, na de kritiek in de voorgaande jaren, er op vooruit gegaan: de deur heeft nu een raam en gaat naar buiten open, de tafels zijn zodanig geplaatst dat je niet meer met je rug naar de deur zit. Qua veiligheidsbeleving is het erop vooruit gegaan. Een nadeel van de huidige deur is dat je gewoon door het raam heen kunt praten. Als je in de gang naast de deur zit te wachten kun je horen wat er op het kantoor gezegd wordt. Het verpleegkantoor vindt men nog steeds te klein: *'tijdens een dagdienst werken we soms met vijf mensen en dan is het echt een krappe bedoening op het kantoor. Dan is er niet voor iedereen zitruimte op een plek achter de computer'*, aldus een begeleider. Andere minpunten: het is er vaak warm en de lucht is niet prettig (er kan geen raam open).

Het beperkte aantal individuele gespreksruimtes blijken sommige medewerkers als knelpunt te ervaren. Zij blijken tegelijkertijd goed te kunnen improviseren en zich aan te passen. Begin 2008 is het pand aan het Nicolaaskerkhof voor de casemanagers van het FACT-team bij ABC gekomen.

De woningen op de Nicolaasstraat liggen op 500 meter van de hoofdlocatie van ABC. De aanwezigheid knelt soms: *'we zouden er langer aanwezig moeten zijn. Door omstandigheden lukt dat dan niet'*, zegt een begeleider zelfkritisch. De cliënten die in deze woning zijn, kunnen deze afstand beter aan dan andere cliënten. Desalniettemin wordt voldoende aanwezigheid wel belangrijk gevonden.

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

De meeste cliënten vinden dat er voldoende groepsprogramma is dat gevarieerd genoeg is. Dat wil niet zeggen dat zij er dan ook altijd aan deelnemen. Een cliënt over zichzelf: *'ik vind het programma voldoende gevarieerd. Ik ben eigenlijk een lui persoon. ABC attendeert me wel op meedoen aan het programma. Ik ben dan geneigd te zeggen: "nee, ik wil lui blijven"'*. Een andere cliënt poogt hem te stimuleren: *'als je lui bent, bereik je niks. Ik moet actief blijven. Als ik een dag niets te doen heb, word ik gek'*. Het niet altijd volgen van het programma onderstrepen enkele cliënten met *'ik vind alles saai'*. Soms zijn niet alle mogelijkheden bekend. Zo weet bij een groepsinterview de helft van de cliënten niet dat ABC al jaren muziek biedt, zowel individueel, als inloop en in een band. Cliënten denken kritisch mee over programma-onderdelen: *'bij het medicatiespreekuur vraag ik me af wat ik er doe'*, *'tai chi vind ik helemaal niks'*, en *'bij sporten is de zaal te klein'*. Een cliënt komt met nieuwe ideeën die instemming bij anderen vinden: *'met een aantal cliënten vrijwillig bij elkaar komen om te spreken over een thema, zoals "psychiatrie en toegang tot de maatschappij" en "je psychiatrische geschiedenis en het keerpunt in je leven of zo"'*. *Er moet wel een hulpverlener bij zitten anders wordt het een potje'*. Andere nieuwe ideeën hebben betrekking op knutselen, schilderen en tekenen.

Bij de exit-interviews geeft ruim de helft van de cliënten aan dat de daginvulling voldoende was. Cliënten nuanceren veelal hun antwoord. Zo zei een persoon met een positieve mening: *'ik was wel eens verveeld maar het was op zich voldoende'* en een andere, met een negatieve mening: *'nee maar dat lag ook aan mezelf: ik rookte 's morgens een jointje en dan deed ik daardoor de hele dag niks'*. Soms kan het programma ook te veel worden. Zo geeft een cliënt aan: *'ja zeker weten. Op een gegeven moment was het wel een beetje veel toen ik Libermanmodules volgde'*. Een cliënte beschrijft haar dagbesteding: *'ik had*

medicatiespreekuur, Liberman-verslaving, dagopening, samen eten, dagsluiting, drie maal per week sport. Ik had tai chi willen doen. Iets creatiefs had ik willen opstarten maar dat is er niet van gekomen. Zou ook graag psycho-educatie willen, daar had ik naartoe kunnen gaan maar dat ben ik vergeten. Ik zou ook graag ontspanningstherapie willen krijgen'.

De ouders lijken over de gevarieerdheid van het groepsprogramma niet een heel uitgesproken mening te hebben. Een ouder geeft aan: *'ik heb het idee dat er niet zo veel variatie is'*. En een andere ouder: *'ik denk dat het wel wat kan worden uitgebreid, met name de begeleiding erom heen'*. Over zijn zoon zegt hij wel *'wat hij doet, vindt hij leuk; ik hoor niet dat hij zich verveelt'*. Een moeder vindt dat haar zoon geholpen is om nieuwe activiteiten te ondernemen, en een vader: *'jazeker: we zijn tevreden met het aanbod'*.

In het onderzoeksverslag van 2006 werd een avondprogramma geopperd. Nu geven medewerkers aan dat er weinig behoefte voor lijkt te zijn. Een enkele cliënt geeft in het exitgesprek aan er wel behoefte aan te hebben gehad: *'jammer dat er 's avonds niets was. Dan had ik graag een activiteit gehad'*. Zo is de opkomst bij de wekelijkse filmavond laag en Sinterklaasavond was evenmin druk bezocht. Mogelijk zou een aantrekkelijker aanbod hierin verandering brengen: *'nu is het soms ook een beetje suf'*, aldus de jongste ABC-medewerker. Nu kiest ABC voor de aanpak waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij wat cliënten zelf aangeven. Daar wordt in het wekelijkse huiskameroverleg altijd naar gevraagd: *'het gaat erom dat mensen zelf met ideeën komen, anders werkt het niet goed'*. Daarnaast legt ABC nadruk op het (ondersteunen bij het) zoveel mogelijk zelfstandig kiezen en realiseren van dagbesteding.

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 en 2006 is dit, mede door een aangepast beleid, teruggedrongen naar 37% respectievelijk 39%. In 2007 is het met 34% van de cliënten de op drie na grootste onvervulde zorgbehoefte.

- hoe verloopt de inzet van ervaringsdeskundigheid

Er is één ervaringsdeskundige werkzaam in het 24-uursteam van ABC. Zij is enkele jaren geleden op ABC begonnen als stagiaire van de opleiding *begeleider ggz met ervaringsdeskundigheid* (BGE) en inmiddels in vaste dienst. De meerwaarde wordt door een casemanager kernachtig verwoord: *'zij overbrugt het wij (cliënten) – zij (hulpverleners) gevoel. Voor ons is het heel leerzaam'*. De ervaringsdeskundigheid wordt open besproken. Zo blijkt dat medewerkers van cliënten horen dat de ervaringsdeskundige haar ervaringen deelt, bijvoorbeeld uit de uitspraak van een cliënt: *'zij heeft ook drugs gebruikt he?'*. Een cliënte geeft aan dat bij het krijgen van informatie door een ervaringsdeskundige voordelen heeft: *'je begrijpt elkaar beter'*. Een vader uit zich enthousiast over zijn zoon die een studie over ervaringsdeskundigheid op het ROC is begonnen: *'hij zet zich er ongekend voor in. Hij is hele dagen mee bezig. Is heb er volledig vrede mee. Het is prima. Dat zou voor andere cliënten van ABC ook goed zijn. Het is op ABC heel enthousiast ontvangen. Ervaringsdeskundigheid is eigenlijk prachtig'*.

De ABC-medewerkers zien de ervaringsdeskundige als een waardevolle aanvulling binnen het team: *'zij kan soms sneller zien als er iets niet klopt'*, zo geeft een medewerker aan. En een andere: *'als je iemand in huis kunt halen die van die zindertjes heeft, is dat een meerwaarde'*. Een derde medewerker beschrijft de meerwaarde in de praktijk: *'zij kan vertalen naar mij hoe het voelt. Een cliënt kan dat zelf natuurlijk ook wel. Maar zij kan het op een manier brengen dat ik me er goed in kan inleven. Zij kan het op een andere manier of in andere bewoordingen dan wanneer de cliënt dat zelf doet. En sommige cliënten kunnen dat zelf niet goed'*. In de praktijk gaat het niet alleen om begrip maar ook om het aangeven van grenzen: *'ze heeft ook tips over hoe cliënten aan te spreken, ook met eerder grenzen aangeven: "het is mooi geweest zo". Ze geeft aan dat wij duidelijker en strenger moeten zijn'*, geeft de teamleider aan. Een psychiater vult aan: *'om dat het van een ervaringsdeskundige komt denk ik eerder om het te proberen. Want ze heeft er ervaring mee in die rol'*. De andere psychiater: *'misschien moeten we het er meer over hebben hoe met haar ervaringen om te gaan en deze verder in te zetten'*. De ervaringsdeskundigheid ontwikkelt zich verder. De groep 'herstellen doe je zelf' wordt door twee (ex-)cliënten van ABC gegeven. Daarnaast zijn binnen ABC enkele medewerkers samen met de ervaringsdeskundige bezig aan het verkennen hoe eigen ervaringen van hulpverleners (niet alleen inzake psychiatrische stoornissen maar ook breder) in te zetten zijn bij de begeleiding. Hiervoor zijn handvatten en valkuilen vastgelegd en worden ervaringen van deze medewerkers verzameld en geëvalueerd. Ten aanzien van ervaringsdeskundigheid wordt een ABC-beleidsplan geschreven.

- hoe is de kwaliteit van de individuele rehabilitatietrajecten?

Het groepsinterview met de medewerkers richtte zich op de grotere nadruk die in 2007 gelegd is op individuele rehabilitatie. Centraal in de missie van ABC staan rehabilitatie en behandeling voor jongeren, waarbij bewust rehabilitatie voorop is geplaatst. Individuele rehabilitatie ondersteunt cliënten bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun doelen op de gebieden wonen, werken, dagbesteding, leren, recreëren en sociale contacten. Het onderzoeksverslag van 2006 gaf aan dat ABC zijn naam een rehabilitatieafdeling te zijn onvoldoende waarmaakte: de rehabilitatiedoel terreinen activiteiten en gezelschap, die tot de grootste onvervulde zorgbehoeften behoorden, werden na ruim een jaar ABC-begeleiding niet minder. Tegelijkertijd waren er onvoldoende aantoonbare rehabilitatietrajecten.

ABC heeft het rehabilitatiebeleid aangepast. Er is een protocol *Kijk op Irb-Kwaliteit (KIK)* ontwikkeld (Van Wel & Marquenie, 2007). Dit houdt in dat de algemeen manager alle persoonlijk begeleiders en casemanagers vier maal per jaar verzoekt om over elke cliënt in hun caseload op een vast omschreven wijze aan te geven hoe de rehabilitatietrajecten eruit zien. Op een aantal trajecten per medewerker geeft een docent van St. Rehabilitatie '92 inhoudelijke feedback. Deze trajecten worden met een score beoordeeld op hun kwaliteit. De score varieert van 1 (er staat niets over rehabilitatie) tot 5 (uitstekend en beknopt). De uitslagen van deze scores komen ter sprake in het jaargesprek. Benadrukt wordt dat het gaat om het ondersteunen van het leren van een *evidence based* benadering. Het behalen van lage scores is op zich niet bezwaarlijk; er dient echter na verloop van tijd wel groei van de rehabilitatie-kwaliteit van de medewerker zichtbaar te worden. Met het management kan besproken worden op welke wijze de medewerker ondersteuning wil om aan de verwachtingen tegemoet te komen.

In 2007 hebben drie van deze KIK-rondes plaatsgevonden. Er zijn daarbij 72 rehabilitatie-trajecten bij 14 medewerkers beoordeeld. De gemiddelde scores vertoonden per ronde een stijgende lijn: van 2,3 naar 2,8 en 3,3 bij de derde ronde.

Tijdens het groepsinterview met de medewerkers geeft één van hen over rehabilitatie aan: *'we zijn gegroeid vergeleken met vorige jaar'*. Deze opmerking vindt brede instemming bij collega's. Zoekend naar de reden van de betere rehabilitatiekwaliteit geeft een begeleider grappend aan: *'het is sinds we straf krijgen'*. Een aantal medewerkers ondersteunt dit: *'het beoordelen van de rehabilitatietrajecten heeft wel meer in gang gezet'*. De feedback wordt gewaardeerd: *'de inhoudelijke feedback die je bij je verslag krijgt, helpt ook erg'*, zo geeft een begeleider aan. Een ander: *'er wordt daardoor ook meer met elkaar overlegd, bijvoorbeeld "hoe schrijf jij dat op?"'*. De wekelijkse werkbegeleiding rehabilitatie ervaart men ook als positief. En letterlijk: *'een stok achter de deur helpt zeker ook wel'*, volgens een begeleider. Kritiek van medewerkers richt zich op de scholing (die zou beter kunnen), op de vaktaal van de IRB (zou onduidelijk zijn) en op de soms als stug ervaren communicatie met de algemeen manager hierover. Daarnaast zijn de richtlijnen over de verslaglegging niet voor iedereen altijd even duidelijk. Een verpleegkundige hierover: *'wat me erg hielp is het denken in 1) doelterrein, 2) fase en 3) gesprekstechniek'*. Ook wordt de dynamiek van het rehabilitatieproces ingewikkeld genoemd: *'ik vind het bijhouden van het traject ingewikkeld. Er verandert namelijk van alles gedurende het traject'*.

Het inzicht geven in trajecten en deze ook laten beoordelen is in de ggz ongebruikelijk. ABC-medewerkers lijken er inmiddels enigszins aan gewend. Eén van hen: *'het beoordeeld worden vind ik niet raar. Het is wel nog ongebruikelijk'*. De teamleider: *'ik denk wel dat het een bijdrage heeft geleverd. Je moet tegenwoordig steeds meer laten zien wat je doet. In de nabije toekomst ook voor externen. We zijn hier al vier jaar met rehabilitatie bezig en nu gaat het beter lopen'*. Een casemanager ervaart ook veranderingen: *'bij de werkbegeleiding hoor ik nu andere geluiden; rehabilitatie op een hoger niveau. Ook in de wandelgangen hoor je meer over rehabilitatie. Dat is wel leuk'*.

In 2007 is ABC, mede naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoeksverslag van vorig jaar, gestart met twee rehabilitatievoorlichtingsmiddagen voor nieuwe medewerkers. Een medewerker over deze voorlichtingsmiddagen: *'een voorwaarde voor als je bij ABC wil werken'*, en een psychiater in opleiding vult aan: *'nuttig, hiermee door blijven gaan'*.

Enkele groepsactiviteiten zijn aangepast en meer op de individuele leest geschoeid. Zo bleek de Libermanmodule *Omgaan met sociale relaties en intimiteit* volgens de trainers te veel een 'confectiepak' dat niemand goed paste. Nu wordt de module van St. Rehabilitatie '92 als richtlijn gebruikt. Een trainer hierover: *'het is echt heel leuk. Ook de cliënten zijn enthousiast. Ze vroegen ons zelfs om de bijeenkomsten uit te breiden van 1 uur naar 1¼ uur. Dat is toch bijzonder!'*. Tegelijkertijd zijn 'maatpakken' ook ingewikkelder: *'we lopen er nu wel tegenaan dat de doelen van de verschillende cliënten verschillen. Dat maakt het groepsproces ingewikkeld'*. Maar al met al: *'het geeft veel meer diepgang dan de Libermanmodule'*, aldus een andere trainer. De uitval van cliënten is ook veel lager.

Ook bij Liberman *Omgaan met verslaving* hebben (andere) trainers dezelfde beleving en is een samen met een cliënt een eigen training ontworpen die meer op het individu is toegespitst: 'eerste hulp bij craving (EHBC)'. Daarnaast start er een groep over 'werk en opleiding'.

Uit de interviews met familieleden komen positieve geluiden over rehabilitatie. Een vader: *'de trajectbegeleiding vinden wij een belangrijk onderdeel'*, en een andere vader: *'heel positief is het uitgangspunt om rehabilitatie van werk en bezigheden te integreren met de behandeling'*.

- zijn de cliënten allen jongeren met een psychotische stoornis?

Uit de analyse van de diagnoses op As-1 blijkt dat 92% van de cliënten als eerste diagnose op As-1 een psychotische stoornis heeft. In de meeste gevallen (bij 47% van de cliënten) is dit een paranoïde stoornis. Bij 4% is sprake van een stoornis van het ongedifferentieerde type, bij 3% van het katatone type en bij 2% van het gedesorgeriseerde type. Bij 7% van de cliënten is er een bipolaire stoornis en bij 7% een schizoaffectieve stoornis. De eerste diagnose 'psychotische stoornis NAO' komt bij 10% van de cliënten voor. Verder zijn er cliënten met andere psychotische stoornissen op As-1.

Er zijn 8 cliënten met een andere eerste diagnose op As-1. Dit betreft de volgende diagnoses: cannabisafhankelijkheid, paniekstoornis, depressieve stoornis, hypochondrie en post-traumatische stressstoornis. Bij 3 van deze 8 cliënten is er sprake van een psychotische stoornis als tweede diagnose op As-1. Bij de 5 anderen is er geen psychotische stoornis als tweede diagnose op As-1: bij een cliënt is dit een rouwreactie, bij een ander een depressie, bij de derde een obsessief-compulsieve stoornis, bij de vierde een cannabisafhankelijkheid en bij de laatste is er geen tweede diagnose As-1. Met de medisch manager zijn deze vijf cliënten tegen het licht gehouden. Bij 3 van hen is bij nader inzien wel sprake van een psychotische stoornis, hoewel dit nog niet in het behandelplan vermeld staat. Bij de vierde cliënt speelt als tweede diagnose 'psychose NAO' (dit staat ook nog niet in het behandelplan) naast andere diagnoses. Deze (vierde) cliënt kwam op ABC met psychotische symptomen. Thans is er sprake van complexe problematiek met meerdere diagnoses. Verwijzing naar een meer gespecialiseerde instelling is geïndiceerd maar deze is vooralsnog niet te vinden. De vijfde cliënt heeft een 'body dysmorphic disorder' waarbij veel overeenkomsten zijn met een waan en waarbij goede reactie is op anti-psychotica. Ook voor deze cliënte is ABC niet geïndiceerd maar blijkt een gespecialiseerde afdeling niet te vinden.

47 cliënten hebben een tweede diagnose op As-1. Dit betreft 20 maal cannabis-, 4 maal alcohol- en 1 maal cocaïne-afhankelijkheid of -misbruik. Als tweede diagnose op As-1 komt autisme 3 maal voor en depressie 2 maal.

Opvallend is dat verslaving bij 2% van de cliënten als eerste diagnose van toepassing is en bij 25% van de cliënten als tweede diagnose. Uit de 'klinische telling' blijkt bij 30% van de cliënt verslaving op de voorgrond te staan. Blijkbaar komt de ervaring die gebaseerd is op de klinische ervaring met verslaving op de voorgrond slechts ten dele overeen met de DSM-IV-classificatie.

Als richtlijn voor 'jongvolwassenheid' gaat ABC uit van een maximumleeftijd van 28 jaar. Er zijn 4 cliënten ouder dan 28 jaar (2 cliënten zijn 29 jaar en 2 zijn 30 jaar oud) en 6 cliënten zijn op 1 januari 2008 28 jaar oud. De jongste cliënt is 18 jaar. Gemiddeld zijn de ABC-clieënten 24 jaar oud.

- is er jaarlijks een familieraadpleging?

Tot medio 2008 heeft ABC zeven familieavonden georganiseerd. In oktober 2007 had deze betrekking op drie nieuwe vormen van familiebetrokkenheid, namelijk: de familiekaart, gezinsbegeleiding in groepen en familiecoaching aan huis (zie de inleiding). In maart 2008 stond rehabilitatie en de rol van de familie daarbij centraal en in juni 2008 verslaving en het verslavingsbeleid van ABC.

In februari 2007 is op ABC als *pilot* een training gestart, speciaal voor familieleden en andere betrokkenen van ABC-clieënten, uitgevoerd door *Stichting Interactie*. De training is ontwikkeld om te oefenen met probleemsituaties die kunnen ontstaan in het omgaan met iemand met een psychiatrische aandoening, met name bij psychosen en schizofrenie (zie www.demat.nl). De training startte met 12 familieleden van ABC-clieënten en eindigde met 9 van hen. Na de evaluatie is besloten dat ABC niet verder gaat met deze training.

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

De visitatie heeft, net als voorgaande jaren, niet plaatsgevonden. Er is hiervoor ook geen plan gemaakt. Deze subvraagstelling zal in het komende onderzoeksverslag verdwijnen. Tijdens het schrijven van het onderzoeksverslag in 2003/2004 was visitatie in de ggz relatief zeldzaam. Sinds die tijd zijn er meerdere vormen van visitaties en audits ontwikkeld. Bijvoorbeeld: een ABC-medewerker maakt deel uit van de

Schizofreniestichting waar verschillende ideeën over visitatievormen worden uitgewerkt (met name over de implementatie van de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie). ABC stelt zich beschikbaar om hiervoor te worden gevisiteerd. 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 Arntsz, waar ABC deel van uitmaakt. Inmiddels is visitatie geen uitzondering meer. Zo heeft ABC in het kader van het HKZ-certificaat sinds 2005 jaarlijks met een vorm van visitatie te maken, namelijk met de externe audits uitgevoerd door *Lloyd's Register*. Daarnaast zijn er interne audits waaraan regelmatig enkele medewerkers van buiten ABC deelnemen. ABC wil hier ook ervaringsdeskundigen bij inzetten. In 2006 is de ervaringsdeskundige van ABC opgeleid tot interne auditor en als zodanig ingezet.

2.2 Functioneert ABC zoals is bedoeld?

- zijn cliënten tevreden over de geboden informatie?

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

Tabel 1. Cluster informatie: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-clieënten in 2004 t/m 2007 versus Altrecht-clieënten in 2007

	ABC				Altrecht
	2004 n=28	2005 n=48	2006 n=70	2007 n=90	2007 N=2416
Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?	100%	96%	97%	93%	82%
Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?	89%	94%	95%	90%	82%
Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding?	69%	72%	77%	69%	71%

De cliënten van ABC lijken, vergeleken met de Altrecht-gegevens, beter te worden geïnformeerd over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden.² Bij ABC beantwoordt namelijk 93% van de cliënten hierop bevestigend terwijl bij Altrecht als geheel dit 82% is. Ook ten aanzien van de aanpak van de behandeling of begeleiding lijken ABC-clieënten (met hun 90% 'ja'-antwoorden) zich wat beter geïnformeerd te voelen 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 is er weinig verschil (69% versus 71%).

Deze GGz Thermometer wordt zelfstandig door de cliënt ingevuld. In een andere vragenlijst, de CAN³, is ook naar de behoefte aan 'informatie over de toestand van de behandeling' gevraagd. Het blijkt dat 73% van de cliënten (en tegelijkertijd ook hun directe begeleider) aangeeft géén behoefte (meer) te hebben aan informatie over de behandeling. In 2006, 2005 en 2004 was dit achtereenvolgens 79%, 67% en 52%. De andere kant van dezelfde medaille is dat volgens 27% van de cliënten en/of hun directe begeleider er wél sprake is van een informatiebehoefte (in 2006, 2005 en 2004 was dit 21%, 33% en 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 toegedaan terwijl de GGz Thermometer alleen over de mening van de cliënt gaat, waardoor de kans groter is dat er een zorgbehoefte wordt vastgesteld.

² De verschillen tussen de scores op de GGz Thermometer van Altrecht en van ABC zijn nergens in dit onderzoeksverslag statistisch getoetst.

³ 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 zorgbehoeften. Indien één van beiden aangeeft dat er sprake is van een zorgbehoefte, wordt dit als totaalscore voor dit onderwerp geregistreerd.

Er zijn 63 cliënten met twee onderzoeksmetingen. Tussen deze twee metingen zit gemiddeld 1½ jaar. De behoefte naar informatie over de behandeling neemt bij deze 63 cliënten af (CAN: gemiddeld van score 1,0 naar 0,5; $t=2,9$; $p=0,005$; $n=63$). Bij de GGz Thermometer zijn geen veranderingen aantoonbaar. Kortom: er zijn aanwijzingen dat ABC na verloop van tijd beter aansluit bij de informatiebehoefte van de cliënten over de behandeling.

Uit de groepsinterviews geven cliënten ook aan veelal tevreden te zijn met de informatie die ABC biedt: *'ik ben goed opgevangen, alles is mij uitgelegd'*, zo geeft een cliënte aan. Een ander uit zich hier enthousiast over: *'ben heel goed geïnformeerd, en zelfs ook de contactpersoon die met mij meekwam, werd allerlei informatie aangeboden'*.

- 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 wat vaker voor te komen dan in Altrecht als geheel (zie tabel 2). De afspraken zijn vastgelegd in een behandelplan waar de meeste cliënten mee instemmen. De scores op dit cluster inspraak zijn in 2007 wat lager dan in 2006.

Tabel 2. Cluster inspraak: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-cliënten in 2004 t/m 2007 versus Altrecht-cliënten in 2007

	ABC				Altrecht 2007 N=2416
	2004 n=28	2005 n=45	2006 n=70	2007 n=89	
Kon/kunt u meebeslissen over de behandeling/begeleiding die u krijgt?	86%	87%	95%	89%	82%
Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?	92%	95%	96%	88%	66%
Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?	96%	93%	93%	87%	95%*

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

Ondanks deze relatief hoge percentages zijn er ook kritische geluiden. Zo geeft een cliënt tijdens het groepsinterview aan: *'zo gaat dat met die zieleknijpers: ze denken dat ze de volmacht in handen hebben en dan niet goed naar je hoeven te luisteren'*. Overigens geeft dezelfde cliënt aan dat de psycholoog wel goed luisterde. Een aantal cliënten benadrukt dat er meer therapeuten zouden moeten komen, met name als tegenwicht naast medicatie en om het praten over trauma's meer mogelijk te maken: *'als je niet over zo'n trauma praat, komt dat later weer naar boven!'*, zo geeft een cliënt aan.

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

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

Tabel 3. Cluster hulpverlener: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-cliënten in 2004 t/m 2007 versus Altrecht-cliënten in 2007

	ABC				Altrecht 2007 N=2416
	2004 n=28	2005 n=48	2006 n=70	2007 n=90	
Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende deskundig (goed in zijn/haar vak)?	96%	96%	98%	97%	93%
Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?	93%	92%	97%	94%	94%
Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?	100%	96%	98%	100%	95%
Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?	100%	100%	93%	97%	92%

In de groepsinterviews blijken de cliënten ook positief: *'ik ben heel tevreden, het zijn allemaal goede mensen, ze staan voor je klaar en er is wederzijds respect'*. Een andere cliënt: *'fijn dat ze van dezelfde*

leeftijd zijn, ze staan open voor je en kunnen zich dan beter in je inleven. Met vragen kun je steeds bij ze terecht'. En een derde cliënt: 'ze hebben een goed humeur, ook 's morgens, wat me verbaasde. Er wordt veel gecommuniceerd en ze grappen een beetje'.

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

Dit is vaak 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.

Verreweg de meeste cliënten vonden de mate van verplichting goed. Eén van hen verwoordt: *'het was niet te veel en niet te weinig'* en een ander: *'het was precies goed. Genoeg taken, niet te veel'*. Soms geeft een cliënt nadere uitleg: *'was prima. Ben ook naar een afkickkliniek geweest. Daar was het heel strikt. Hier kan alles ook wel een uurtje later. Je werd wel gestimuleerd of ik mee ging sporten bijvoorbeeld. Ik heb hier meer ritme gekregen'*. Regels vinden cliënten veelal prima: *'er waren veel regels; dat is goed, die heb je nodig om goed in je vel te zitten. Als er geen regels waren, was het een puinhoop'*, zo geeft een cliënt aan. Een andere: *'vond de verplichtingen wel goed. Je moest vroeg opstaan maar dat ging wel relaxed'*.

Enkele cliënten ervoeren te veel verplichtingen op ABC. Zo vertelt een cliënt: *'soms was er te veel verplichting. Het hoort er wel bij, maar je moet wel een hoop doen. Sport bijvoorbeeld waar je geen zin in hebt. Drie keer per week. Ging ik er niet naar toe, dan ging ik bijvoorbeeld de stad in of zo. Er werd niet heel lang bij stil gestaan als ik niet naar sport geweest was'*. Anderen meenden echter dat er te weinig verplichtingen waren. Een illustratie hiervan: *'te weinig verplichtingen. Had wel meer verplichtingen willen hebben. Ik zat daar de hele dag niks te doen, had te weinig programma-onderdelen, alleen maar sport'*. Weer anderen wilden verder kijken dan het ABC-programma: *'dat programma was zo wel goed. Ik had ook gewoon tijd om dingen voor mezelf te doen'* zo beschrijft een cliënte.

- voelen cliënten zich veilig en op hun gemak?

Bij de exitinterviews en bij de groepsinterviews is gevraagd naar de veiligheidsbeleving van cliënten. Soms geeft een cliënt aan zich niet veilig te hebben gevoeld: *'er waren geen specifieke situaties die onveilig waren, het is meer een gevoel'*, aldus deze cliënt. Een ander benoemt wel concrete ervaringen: *'sommige mensen hadden woedeuitbarstingen, daar kon ik niet goed tegen. Ik begreep niet waarom ze kwaad werden'*. Een derde cliënt, die zich veelal wel veilig voelde, keek daarbij vooral naar zichzelf: *'ik voelde me af en toe wel een beetje achterdochtig; soms heb ik dat naar mensen toe'*.

De meesten voelden zich veilig. Soms moest iemand eerst wennen: *'ik voelde me aan het begin niet veilig tussen al die patiënten. Ik moest aan iedereen wennen. Later voelde ik me veilig'*. Een cliënte benoemde helder het belang van veiligheid: *'ja, ik voelde me veilig. Ik heb rust nodig om aan mijn herstel te werken. Dat lukt goed. Ik kan mij focussen op mijn genezing. Er heerst hier een huiselijke sfeer'*. Andere cliënten uit het groepsinterview vullen aan: *'ik voel me hier altijd veilig'*.

- wordt de familie voldoende betrokken bij de behandeling?

Enkele ouders vonden dat het recht op privacy van de cliënt de betrokkenheid van de ouders bij de behandeling belemmerde. *'Als mijn zoon niet wilde dat ik informatie kreeg dan kreeg ik die niet en voelde ik mij afgescheept'* en *'de betrokkenheid wordt gehinderd door het waarborgen van de privacy van de cliënt'*, zijn hier voorbeelden van. Ouders noemden ook positieve punten over de manier waarop ABC omging met dit gevoel: *'we zijn in ieder geval wel altijd correct bejegend. Wat ik wel goed vond gaan is de behandelplanbespreking: op deze manier word je als ouder betrokken bij de behandeling van je kind'*.

Ouders zijn positief over de betrokkenheid bij de behandeling: *'volmondig ja. De hele samenspraak tussen behandelaars, de familieavonden en dit interview bijvoorbeeld. Helemaal geen aanmerkingen. ABC is een voorbeeld voor andere steden'* en *'als ik nu vragen heb, krijg ik altijd gehoor. Het is fantastisch goed bevallen. Dat had ik niet verwacht: je hoort dat het overal minder moet. ABC zit heel goed in elkaar'*. Een andere vader antwoordt ook bevestigend op bovenstaande vraag: *'ja. We zijn steeds uitgenodigd voor de behandelplanbespreking, ook tussendoor en voor familieavonden. En ik heb sterk het gevoel dat ik zelf het initiatief kan nemen'*. Een moeder geeft ook aan dat ze het op prijs stelt dat de casemanager het initiatief neemt: *'ja! Er wordt veel gebeld en ik vind ze meelevend'*. Ten slotte: *'jazeker, heel belangrijk voor ons is geweest dat wij 's avonds konden bellen en telefonisch advies hebben gekregen. We voelden ons serieus genomen en daarmee ook betrokken bij de behandeling'*.

- is er voldoende ruimte voor levensbeschouwing?

Dit onderwerp lijkt, net als in voorgaande 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.

De meeste familieleden geven aan hier weinig ideeën over te hebben. Het is in ieder geval niet gemist. Een vader illustreert dit: *'het is niet zo relevant. Er is wel voldoende tijd voor maar er is niet veel tijd voor nodig. Mijn zoon is daar niet erg mee bezig'*. Er is één ouder met een meer uitgesproken reactie: *'ja, zoals een momentje stilte voor het eten. Verder zie je bij ABC dat de doelgroep multicultureel is, wat met zich meebrengt dat je in contact komt met andere geloofsovertuigingen. Op deze manier is onze zoon hiermee in aanraking gekomen en zich hier meer in gaan verdiepen, terwijl hij niet dit niet in zijn opvoeding heeft meegekregen'*.

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

De medewerkers vinden dat het streven van ABC duidelijk op ambulantisering is gericht. In de beleving van de medewerkers ligt de aandacht verdeeld tussen klinische en ambulante ('fifty – fifty'). Een medewerker verbaast zich hierover: *'eigenlijk wel raar, want het aantal ambulante cliënten is veel groter'*. Tegelijkertijd constateert men dat de ambulante cliënten veelal minder intensieve zorg krijgen.

- is de opnameduur beperkt?

De klinische opnameduur van de 60 cliënten die in 2007 in ABC opgenomen zijn (geweest) bedraagt in januari 2008 gemiddeld 100 dagen. In januari 2007 was de gemiddeld opnameduur 171 dagen en in januari 2006 137 dagen. Eind 2004 was de opnameduur gemiddeld 181 dagen per cliënt. De gemiddelde opnameduur was in 2007 dus relatief laag.

Medio januari 2008 is één cliënt iets langer dan een jaar opgenomen. Twee cliënten zijn bijna een jaar in ABC opgenomen.

- is er een planmatige werkwijze?

Bij de telling van de behandelplannen in januari 2008 blijkt dat 94% van de cliënten een actueel behandelplan heeft. Binnen de kliniek is geen van de behandelplannen ouder dan twee maanden. De behandelplannen bij ambulante cliënten zijn in principe niet ouder dan drie tot vier maanden. De 6 cliënten van wie het behandelplan niet actueel is, zijn allen ambulante cliënten. Van één cliënt is in het geheel geen behandelplan. Van de andere 5 cliënten is het behandelplan zes tot zeven maanden oud. Bij 1 van deze 5 cliënten is inmiddels in februari 2008 een behandelplanbespreking geweest; bij 2 andere cliënten bleken er wel behandelplanbesprekingen te zijn geweest waarbij echter het behandelplan zelf ontbrak (bijvoorbeeld omdat het behandelplan niet tijdens de bespreking in het elektronisch patiëntendossier is gemaakt omdat de bespreking bij de cliënt thuis is gehouden). De redenen van het ontbreken van de behandelplannen bij 2 andere cliënten kon niet worden achterhaald. Het vertrek van een psychiater hangt waarschijnlijk samen met het ontbreken van actuele behandelplannen. Door haar vertrek bleken afspraken voor nieuwe behandelplannen soms moeilijk te combineren met de agenda van de nieuwe artsen waardoor de tijd tussen de behandelplannen groter werd dan wenselijk.

Begin 2007 had 82% van de cliënten een actueel behandelplan. Begin 2006 was dit 99% en eind 2004 94% van de cliënten. Een behandelplan wordt opgesteld naar aanleiding van een behandelplanbespreking waarbij de cliënt, zijn persoonlijk begeleider of casemanager en de psychiater aanwezig zijn, eventueel aangevuld met andere hulpverleners. Familieleden worden in principe uitgenodigd en zijn meestal ook aanwezig.

2.3 Wat is de meerwaarde van ABC?

- groeien en leren cliënten?
- is het functioneren zo zelfstandig mogelijk?
- kan men met de ziekte overweg?

Wat cliënten leren is niet altijd positief, zo blijkt uit de exitgesprekken en groepsinterviews met cliënten. Zo illustreert een cliënt: *'ik heb geleerd dat ik er alleen voor sta in het leven. Ik geloof niet dat ik een psychose heb gehad'*. Zijn casemanager reageert hierop: *'dat is nou het hele punt: hij vindt niet dat hij psychotisch geweest is, of nu ziek is, of ooit weer zou kunnen worden. Daar gaat het mis. De kans is heel groot dat er weer een crisis komt'*. Een cliënt is boos op ABC: *'ik vind alles bij elkaar genomen dat het bagger gegaan is bij ABC. Ik heb er uiteindelijk niks aan gehad. Zelfs de kleinste dingen hebben ze niet voor me kunnen regelen'*. Als toelichting geeft deze cliënt aan dat sinds zijn vertrek hij veel actiever is en er meer uit zijn handen komt. Hij zou het liefst iedereen van ABC met rotte eieren willen bekogelen.

De meeste cliënten geven aan te zijn gegroeid en dingen te hebben geleerd. Enkele uitspraken van cliënten ter illustratie zijn onverdeeld in onderstaande categorieën:

drugs

- *'dat blowen voor mij gevaarlijk is. Ik kom dan in een fantasiewereld terecht. Dat is wel onomstotelijk bewezen'*;
- *'van de drugs afblijven'*;
- *'heb geleerd beter om te gaan met mijn verslaving'*;
- *'ja, van de drugs afkomen. Ik gebruik nu helemaal niet meer'*.

sociale contacten

- *'ja, ik ben volwassener geworden, ik kan het niet uitleggen, het is een gevoel'*. Toch volgt een nadere uitleg: *'ik ben socialer geworden. Je zit hier met leeftijdsgenoten. Nu begin ik ook wel eens een gesprek. Vroeger deden altijd anderen dat. Ik was passief, heel erg passief. Het was een soort angst'*;
- *'ja, ik vind het makkelijker om contact te leggen en prettiger om contact te hebben'*;
- *'ja. Ik ben beter in staat om relaties aan te gaan, om minder negatief te denken. Ik heb wat meer zelfvertrouwen. En dat het niet raar is om hulp te vragen'*.

praktische vaardigheden

- *'er is veel structuur op ABC. Doordat dat zo is geregeld, ben ik gewend geraakt aan een normaal dag-nacht-ritme. Vroeger sliep ik overdag. Ook goed dat ik geleerd heb om te koken'*;
- *'ik ben er op vooruit gegaan. Ik kon aanvankelijk niks. Ben inmiddels "huisman" geworden: heb geleerd om meer in het huishouden te doen. Verder omgaan met drugs en met sociale relaties'*;
- *'ik ben wel vooruit gegaan: met opstaan, dagelijkse bezigheden. Ik ben een beetje actiever geworden'*;
- *'ik ben wel iets zelfstandiger geworden: wassen, schoonmaken, boodschappen doen, koken'*;
- *'ABC is een opstapje geweest om dingen te gaan doen: bijvoorbeeld bij werk zoeken, muziek, zangles'*;
- *'ik heb geleerd om dingen meer zelfstandig te doen: zoals afwassen en vroeg opstaan'*.

(psychotische) stoornis

- *'ja, leren omgaan met mijn psychotische stoornis. Aardig werd uitgelegd wat ik heb, er is veel gepraat over het belang van medicatie'*;
- *'mijn negatieve symptomen zijn een heel eind afgenomen. Ik heb mijn eigen woonplek meer ingericht om het plezierig te hebben'*;
- *'om beter met mijn angst om te gaan'*;
- *'ja, om beter om te gaan met schizofrenie. Ik heb er meer controle over'*;
- *'jazeker: ik laat het sneller zitten, zand erover. Dit wekt minder spanningen op. Vroeger had ik echt een instelling van vergeldingsdrang. Dat is nu helemaal weg'*;
- *'ik kan nu beter omgaan met wantrouwen, achterdocht en angst. Ik kan het leven naast de ziekte beter indelen'*;
- *'ja, ik heb het meer geaccepteerd. En ook doordat ik steeds beter ben geworden in het herkennen van een vorm van terugval. Het gaat om erkennen en om herkennen. Het blijft moeilijk maar ik ben er wel beter in geworden'*.

Soms vinden cliënten dat er weinig vooruitgang is geboekt met betrekking tot de stoornis. Een cliënt die jarenlang aan ABC verbonden was, zegt in zijn exitgesprek:

- *'het is nog heel lastig. Nee, er is geen leven naast mijn ziekte. Ik heb er last van dat ze mijn gedachten lezen. Dat is heel lastig, je hebt niks privé's. Ik kan het niet meer zo goed aan'*. Een ander:

- 'wat betreft psychoeducatie trek ik toch mijn eigen conclusies. Nu is het toch meer wat dokters bedacht hebben. Ik heb daar niet zoveel aan. Ik ben een beetje eigenwijs, denk ik. Maar ik luister liever naar mensen die vanuit hun eigen ervaring dingen hebben meegemaakt'. Weer een ander die alles overziend evalueert of hij beter met de ziekte overweg kan:
- 'soms wel, soms niet'. En een vierde cliënt:
- 'ik ben niks opgeschoten. Ik neem jullie niets kwalijk, het ligt aan mij'. En een ander: 'nee, er is niks in veranderd'. Soms ziet een cliënt de toekomst somber in:
- 'ik leer bij psychoeducatie dat het schizofrenie is. Maar ik denk niet dat ik dat heb. Wat ik denk, is namelijk écht: ik weet dat ik binnenkort dood ga. Ik kan er niet mee overweg: ik leef van dag tot dag'.

andere onderwerpen

- 'ja heel erg gegroeid. Ik ben geholpen om geduld te hebben met bepaalde dingen';
- 'ik heb geleerd om door te zetten'.

- 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 2007 bij 49% 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 4). In 2004, 2005 en 2006 waren deze percentages achtereenvolgens 50%, 52% en 42%.

Tabel 4. Het percentage ABC-clieënten met problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen in de laatste twee weken (item 6 uit de HoNOS) en de gemiddelde scores volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 t/m 2007

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

Er zijn van 61 cliënten twee metingen over dit item beschikbaar. Tussen de metingen zit gemiddeld 1½ jaar. Er blijkt tussen beide metingen geen significant verschil te zijn.

In de CAN is een item opgenomen over de zorgbehoefte bij psychotische symptomen. In 2007 heeft 2% van de cliënten ten aanzien van psychotische symptomen geen zorgbehoefte (meer). In 2006 en 2005 was dit 7% en 4%. Ten aanzien van psychotische symptomen als onvervulde zorgbehoefte is door de jaren heen weinig verandering: het schommelt rond de 30% van de cliënten. Bij de cliënten met twee metingen neemt, in de 1½ jaar tussen de twee metingen, de zorgbehoefte over psychotische symptomen gemiddeld genomen 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 2004, 2005, 2006 en 2007 alsook 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 2007 bij 52% van de cliënten problemen met depressieve symptomen waargenomen, variërend van 'ondergeschikt' tot 'ernstig'. In 2004, 2005 en 2006 waren deze percentages 54%, 52% en 56% (zie tabel 5).

⁴ Ook blijkt er geen significante correlatie te zijn tussen het item uit de HoNOS en de duur van de verbondenheid aan ABC ($r=0,05$; $n=222$). Er is evenmin een significante correlatie met het item uit de CAN en de duur van de verbondenheid aan ABC ($r=-0,02$; $n=228$).

Tabel 5. Het percentage ABC-cliënten met problemen met depressieve stemming in de laatste twee weken (item 7 uit de HoNOS) en de gemiddelde scores volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 t/m 2007

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

De ernst van de depressies van de groep cliënten in 2007 is, vergeleken met die uit de eerdere jaren van het onderzoek ongeveer gelijk. Dit geldt ook voor de 61 cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn.⁵

Cognitieve problemen in de laatste twee weken komt in 2007 bij 49% van de cliënten voor (dit was 46% in 2006, 44% in 2005 en 38% in 2004). Met betrekking tot deze cognitieve problemen en andere psychiatrische symptomen - zoals problematisch alcohol- of druggebruik, hyperactief en agressief gedrag, en zelfverwonding - zijn er gemiddeld genomen geen veranderingen waarneembaar bij de cliënten met twee metingen (n=61). Dit geldt evenzeer voor lichamelijke problemen, algemene dagelijkse levensverrichtingen, motivatie voor de behandeling en medicatietrouw.

De gemiddelde totaalscores op de HoNOS verschillen tussen de jaren niet veel. In 2004 was de gemiddelde score 7,0 (n=29), in 2005 7,5 (n=50), in 2006 7,8 (n=66) en in 2007 is deze 7,6 (n=91). Bij dezelfde 61 personen met twee metingen varieert de totaalscore van de HoNOS ook nauwelijks. Bij de eerste meting was de gemiddelde score 6,9 en bij de tweede meting stijgt deze naar 7,0 (niet significant).

- zijn er zo min mogelijk suïcides?

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

Zoals al vermeld in eerdere onderzoeksjaarverslagen heeft dit relatief geringe aantal, volgens de geïnterviewde medewerkers, te maken met de houding van de medewerkers: *'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 bed-op-recept, gebeurt dit 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 se altijd op korte termijn decompensaties vermijden'*, aldus een psychiater.

- zijn cliënten meer tevreden over 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 wordt gescoord 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 sociaal psychiatrisch behandelcentrum Zeist (SPB-Zeist) van 2006 weergegeven. De verschillen zijn niet statistisch getoetst.

⁵ Tussen 'problemen met de depressieve stemming' en de duur van de verbondenheid aan ABC is evenmin een significante correlatie ($r=-0,05$; $n=222$).

Tabel 6. Gemiddelde scores van ABC-cliënten op items inzake kwaliteit van leven in 2004 t/m 2007 versus cliënten van SPB-Zeist in 2006

1 ('slecht') tot 7 ('zeer goed')	ABC				SPB-Zeist
	2004 n=29	2005 n=48	2006 n=62	2007 n=92	2006 N=87
leven als geheel	4,5	4,8	4,5	4,7	4,4
woonsituatie	5,0	5,2	5,2	5,0	5,4
sociale leven	4,6	4,7	4,5	4,7	4,5
lichamelijke gezondheid	4,9	4,7	4,9	4,7	4,7
geestelijke gezondheid	4,7	4,4	4,5	4,7	4,2
professionele hulp	5,5	5,5	5,9	5,7	5,6

In 2007 verschilt de kwaliteit van leven van de groep cliënten niet significant met die van de groep in de voorgaande jaren. Van deze items is men het meest tevreden is met de professionele hulp. Bij de cliënten met twee metingen zijn geen veranderingen waarneembaar.

- hoe waarden de cliënten het resultaat van de behandeling?

De mening van cliënten over het resultaat van de behandeling in 2007 lijkt verbeterd vergeleken met 2006 (zie tabel 7). In vergelijking met de Altrecht-gegevens lijkt het behandelplan in ABC wat vaker naar wens te zijn uitgevoerd (91% versus 85%), en lijken ABC-cliënten vaker dan cliënten van Altrecht te vinden dat de behandeling of begeleiding de juiste aanpak van hun problemen is (89% versus 81%). Deze verschillen waren in 2006 ook al aanwezig.

Het beter in staat zijn om dingen te doen die men belangrijk vindt, is met 77% ja-antwoorden wat hoger dan in de voorgaande jaren. Het percentage ABC-cliënten dat van mening is dat zij door de zorg beter kunnen omgaan met mensen en situaties waar zij eerder problemen mee hadden, is lager dan het percentage van de gemiddeld Altrecht-cliënt (64% versus 74%).

Tabel 7. Cluster resultaat van de behandeling of begeleiding: het percentage 'ja'-antwoorden van ABC-cliënten in 2004 t/m 2007 versus Altrecht-cliënten in 2007

	ABC				Altrecht
	2004 n=24	2005 n=47	2006 n=70	2007 n=88	2007 N=2416
Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?	91%	95%	93%	91%	85%
Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten?	74%	82%	86%	89%	81%
Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?	65%	74%	74%	77%	78%
Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?	70%	75%	73%	80%	76%
Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?	50%	69%	60%	77%	78%
Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?	54%	67%	63%	64%	74%

De cliënten met twee metingen rapporteren een verbetering 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 65% van de cliënten deze vraag met 'ja'. Bij de tweede meting, na 1½ jaar, stijgt dit naar 73% (chi-kwadraat=5,8; p=0,016; n=52). Ook op de vraag 'Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?' is een stijging te zien: op T1 antwoordt 60% van de cliënten hierop bevestigend en 1½ jaar later is dit 73% (chi-kwadraat=6,0; p=0,014; n=52) (zie tabel 8). Bij de andere items van dit 'cluster resultaat' zijn bij de cliënten met twee metingen geen veranderingen aantoonbaar.

Tabel 8. Het percentage 'ja'-antwoorden van dezelfde ABC-cliënten op T1 en T2 (n=58) op twee vragen uit het cluster resultaat van de behandeling of begeleiding

	T1	T2
Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?	65%	73%
Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?	60%	73%

De vraag of een cliënt een ander zou aanraden om hulp te zoeken bij deze instelling, wordt in 2007 vaker bevestigend beantwoord dan in de voorgaande jaren (zie tabel 9).

Tabel 9. Antwoorden op 'Zou u een ander aanraden hulp te zoeken bij deze instelling?' van ABC-cliënten in 2004 t/m 2007 absoluut en in percenten versus Altrecht-cliënten in 2007

	ABC				Altrecht
	2004 n=23	2005 n=42	2006 n=60	2007 n=89	2007 N=2416
ja	16 (70%)	38 (90%)	56 (93%)	84 (94%)	2126 (88%)
nee	7 (30%)	4 (10%)	4 (7%)	5 (6%)	290 (12%)

In 2004 zou 70% van de cliënten een ander aanraden om bij ABC hulp te zoeken, in 2005 is dit gestegen naar 90%, in 2006 stijgt dit door naar 93% en in 2007 is dit 94%. Deze 94% lijkt wat hoger dan de 88% van de cliënten van Altrecht als geheel die in 2007 een ander deze instelling zouden aanraden.

Bij de cliënten met twee metingen is er sprake van een tendens dat bij T2 cliënten vaker ABC aanraden dan bij T1 (7 van de 52 raden aanvankelijk ABC niet aan, 1½ jaar later zijn dit er nog 3 van de 52 cliënten; chi-kwadraat=3,6; p=0,06; n=52).

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

Tabel 10. Antwoorden op 'Welk rapportcijfer zou u geven voor de totale behandeling of begeleiding?' door cliënten van ABC, absoluut en in percenten, in 2004 t/m 2007

	2004 n=24	2005 n=47	2006 n=61	2007 n=90
rapportcijfer 4 en lager	-	-	-	3 (3%)
rapportcijfer 5	-	1 (2%)	2 (3%)	-
rapportcijfer 6	3 (13%)	5 (13%)	6 (8%)	8 (9%)
rapportcijfer 7	13 (54%)	15 (32%)	18 (30%)	23 (26%)
rapportcijfer 8	6 (25%)	20 (43%)	22 (36%)	36 (40%)
rapportcijfer 9	2 (8%)	5 (11%)	10 (16%)	14 (16%)
rapportcijfer 10	-	-	4 (7%)	6 (7%)
gemiddeld rapportcijfer	7,29	7,47	7,74	7,71

De rapportcijfers die cliënten aan ABC geven voor de totale behandeling en begeleiding zijn, na een stijging in de eerste drie jaren, gestabiliseerd op een 8-. In 2004 gaven twee cliënten (8%) rapportcijfer 9 of hoger, in 2005 waren dit 5 cliënten (11%), in 2006 stijgt dit door naar 14 cliënten (23%) en in 2007 zijn dit 20 cliënten (23%). In 2007 wordt zes maal het rapportcijfer 10 gegeven. De gemiddelde rapportcijfers in 2004, 2005, 2006 en 2007 zijn respectievelijk een 7+, een 7½, een 8- en opnieuw een 8-. Ter vergelijking: het gemiddelde rapportcijfer voor Altrecht als geheel in 2005 was een 7+ en in 2006 en in 2007 beide keren een 7½. Voor het eerst haalt ABC bij drie cliënten diepe onvoldoendes.

Enkele cliënten lichten toe: 'goed, ABC is een fantastische plek!' en 'ik vind het allemaal wel goed geregeld hier'.

- 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 persoonlijk begeleider/casemanager geldt de hoogste score. Over het totaal aantal zorgbehoeften, de vervulde zorgbehoeften en de onvervulde zorgbehoeften is het volgende te constateren:

- o het totaal aantal zorgbehoeften (dit is de optelling van de vervulde zorgbehoeften en de onvervulde zorgbehoeften) blijft door de jaren heen nagenoeg gelijk: in 2004, 2005, 2006 en 2007 zijn dit achtereenvolgens gemiddeld 9,8; 8,8; 9,1 en 8,2 zorgbehoeften;
- o het aantal vervulde zorgbehoeften veranderde ook nauwelijks: in genoemde jaren zijn dit achtereenvolgens gemiddeld 3,7; 4,6; 5,0 en 4,6 vervulde zorgbehoeften;
- o 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 en 2007 op gemiddeld 4,1 en 3,6 onvervulde zorgbehoeften. De onvervulde zorgbehoeften die in 2007 het meeste werden genoemd, staan in de rechterkolom van tabel 11.

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

	2004 n=29	2005 n=51	2006 n=67	2007 n=95
gezelschap	59%	41%	44%	45%
psychisch onwelbevinden	38%	31%	35%	37%
intieme relaties	41%	16%	13%	35%
activiteiten	62%	37%	39%	34%
psychotische symptomen	24%	29%	28%	31%
nevenwerkingen medicatie	45%	43%	39%	28%
informatie over de behandeling	48%	33%	21%	27%
lichamelijke gezondheid	28%	24%	17%	19%
drugs	35%	14%	17%	17%
betaald werk	35%	12%	22%	17%
huisvesting	14%	8%	15%	15%
seksualiteit	50%	9%	5%	13%
geld	31%	22%	20%	11%
uitkeringen	10%	18%	19%	5%
zorg voor het huishouden	28%	26%	15%	4%

De onvervulde zorgbehoeften die het sterkst dalen sinds 2006 zijn *nevenwerkingen van de medicatie* (met een afname van 39% naar 28%), *geld* (van 20% naar 11%) en *uitkeringen* (van 19% naar 5%). Opvallend is de sinds 2004 steeds verder afnemende onvervulde zorgbehoefte *zorg voor het huishouden*: van 28% in 2004 daalt dit elk jaar, namelijk van 26% naar 15% en in 2007 zelfs naar 4%.

Ten aanzien van *intieme relaties* (met 35% onvervulde zorgbehoeften) en *seksualiteit* (13%) is, na een daling in eerdere jaren, in 2007 een toename van de onvervulde zorgbehoeften te zien.

De grootste onvervulde zorgbehoefte is *gezelschap*. Dit geldt voor 45% van de cliënten. Ook in 2006 was het (met 44%) de grootste onvervulde zorgbehoefte. De op één na grootste onvervulde zorgbehoefte is bij 37% van de cliënten *psychisch onwelbevinden*. *Intieme relaties* en *activiteiten* zijn daarna de grootste onvervulde zorgbehoeften. Ten aanzien van de *nevenwerkingen van de medicatie* is vooruitgang geboekt. In 2005 was het met 43% nog de grootste onvervulde zorgbehoefte, in 2006 nam het met 39% een gedeelde tweede plaats in en in 2007 daalt dit naar 28% van de cliënten en is het daarmee in omvang de zesde onvervulde zorgbehoefte.

De zeven meest genoemde onvervulde zorgbehoeften staan op plaats 1, 3 en 4 en zijn rehabilitatie-gerelateerde zorgbehoeften, namelijk: *gezelschap*, *intieme relaties* en *activiteiten*. Op plaats 2, 5, 6 en 7 staan behandelingsgerelateerde zorgbehoeften: *psychisch onwelbevinden*, *psychotische symptomen*, *nevenwerkingen van de medicatie* en *informatie over de behandeling*.

Bij de 63 cliënten met twee metingen neemt het totaal aantal zorgbehoeften af. Op T1 zijn er per cliënt gemiddeld 9,4 zorgbehoeften terwijl op T2, gemiddeld 1½ jaar later, er 7,9 zorgbehoeften zijn (significant: $t=3,5$; $p=0,001$). De vervulde zorgbehoeften blijven gemiddeld gelijk. Opvallend is dat ook het aantal onvervulde zorgbehoeften bij cliënten met twee metingen significant afneemt (van 4,9 naar 3,1; $t=4,1$; $p=0,000$; zie tabel 12)⁶.

⁶ 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.

Tabel 12. Het gemiddeld totaal aantal zorgbehoeften, de vervulde en de onvervulde zorgbehoeften van dezelfde ABC-cliënten op T1 en op T2 (gemiddeld 1½ jaar later) en de statistische toetsing (n=63)

	T1	T2	toetsing
totaal aantal zorgbehoeften	9,4	7,9	significant: t=3,5; p=0,001
aantal vervulde zorgbehoeften	4,5	4,8	n.s.
aantal onvervulde zorgbehoeften	4,9	3,1	significant: t=4,1; p=0,000

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

Tabel 13. De percentages onvervulde zorgbehoeften van dezelfde ABC-cliënten op T1 en T2 (gemiddeld 1½ jaar later) van de totalen aantal zorgbehoeften die significant zijn afgenomen tussen T1 en T2, het gemiddeld totaal aantal zorgbehoeften op T1 en T2 en de statistische toetsing (n=63)

zorgbehoefte	onvervulde zorgbehoeften op T1	onvervulde zorgbehoeften op T2	gemiddeld totaal aantal zorgbehoeften op T1 en T2 en de statistische toetsing
betaald werk	22%	13%	van 0,8 naar 0,4; significant: t=4,2; p=0,000
uitkeringen	24%	5%	van 0,6 naar 0,2; significant: t=3,8; p=0,000
informatie over de behandeling	38%	19%	van 1,0 naar 0,5; significant: t=2,9; p=0,005
activiteiten	46%	27%	van 1,2 naar 0,9; significant: t=2,7; p=0,009
nevenwerkingen medicatie	47%	24%	van 1,1 naar 0,8; significant: t=2,3; p=0,021
veiligheid voor anderen	8%	0%	van 0,2 naar 0,1; significant: t=2,1; p=0,040
huisvesting	24%	11%	van 0,9 naar 0,7; significant: t=2,1; p=0,041

Gemiddeld 1½ jaar na de eerste meting blijkt dat de zorgbehoefte *betaald werk* het sterkste te zijn afgenomen. Ter illustratie: het aantal onvervulde zorgbehoefte ten aanzien van betaald werk daalt van 22% naar 13% van de cliënten; bij 75% is het op T2 geen zorgbehoefte meer terwijl het op T1 voor 40% van de cliënten het wel een zorgbehoefte was.

Een andere grote daler betreft de *uitkeringen*. Op T1 is dit bij 24% van de cliënten een onvervulde zorgbehoefte terwijl dit op T2 daalt naar 5%. *Informatie over de behandeling* daalt sterk. De onvervulde zorgbehoefte neemt af van 38% naar 19%. Op T2 is dit bij 41% geen zorgbehoefte (meer) terwijl dit op T1 nog 66% was.

Activiteiten daalt als onvervulde zorgbehoefte van 46% op T1 naar 27% op T2. Op T2 zijn de activiteiten geen zorgbehoefte meer voor 39% van de cliënten tegen 25% op T1. Ondanks de daling betreft het percentage van 27% onvervulde zorgbehoefte relatief hoog.

Nevenwerkingen van de medicatie is op T1 met 47% een relatief grote onvervulde zorgbehoefte. Dit neemt op T2 af naar 24% van de cliënten maar blijft een relatief grote onvervulde zorgbehoefte.

De *veiligheid voor anderen* is op T1 met 5% onvervulde zorgbehoeften relatief laag (dit zijn 5 cliënten). Dit daalt op T2 naar 0%. Op T2 is het bij 94% geen zorgbehoefte.

De onvervulde zorgbehoefte ten aanzien van *huisvesting* daalt tussen T1 en T2 van 24% naar 11% van de cliënten. Dit is in overeenstemming met het item uit de HoNOS over 'problemen met woonomstandigheden': deze problemen dalen tussen T1 en T2 significant (van 0,3 naar 0,1; t=2,4; n=61; p=0,02).

Er zijn geen zorgbehoeften die in deze 1½ jaar significant zijn toegenomen.

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

Enkele ouders benoemen verbeterpunten. Een moeder hierover: *'lange tijd vond ik het vaag en niet zo uitgebreid. Ik heb lotgenotencontact gemist en vooral in slechte periodes van mijn zoon heb ik ondersteuning/contact van ABC gemist die ik wel had verwacht. Nu is het een stuk verbeterd! Het is duidelijk zichtbaar dat hier aan gewerkt wordt'*. Een andere ouder geeft aan voldoende informatie gekregen te hebben *'vooral tijdens de behandelplanbespreking'*, en miste ondersteuning bij de *'verwerking wat je als ouders meemaakt als je kind psychotisch is'*.

De meeste ouders zijn positief over de informatie. Een vader geeft aan: *'we zijn voldoende geïnformeerd over de ziekte maar blijven het moeilijk vinden hoe om te gaan met zijn wanen. Dit vragen we dan ook met enige regelmaat'*. Een andere vader antwoordt op de vraag of er voldoende informatie was:

'volmondig ja', een moeder: 'jazeker, we hebben geen dingen gemist' en tenslotte een andere moeder: 'en als we iets vergeten zijn, is er altijd voldoende ruimte voor vragen'.

- 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 2007 zijn er in de laatste twee weken bij 40% van de cliënten (enige) problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor de behandeling. Dit lijkt wat minder dan in de voorgaande jaren (niet significant). In de vragenlijst HoNOS is hier een item over opgenomen dat betrekking heeft op de twee weken voorafgaand aan het interview met de persoonlijk begeleider/casemanager (zie tabel 14).

Tabel 14. Het percentage cliënten met problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor de behandeling in de laatste twee weken (item 2 uit de HoNOS-addendum) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 t/m 2007

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

In 2007 is er in de laatste twee weken bij 5% van de ABC-clieënten sprake van matig ernstige tot ernstige problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor de behandeling. In de voorgaande jaren lag dit ongeveer op 15% van de ABC-clieënten.

Er is (enig) gebrek aan medicatietrouw bij ruim een kwart van de cliënten in 2007. In 2006 betrof dit ongeveer een derde van de cliënten. Het aantal cliënten met een goede medicatietrouw lijkt door de jaren heen wat toe te nemen: van 46% naar 56% naar 64% naar 73% (zie tabel 15). De verschillen zijn echter niet significant.

Tabel 15. Het percentage cliënten met problemen ten gevolge van een gebrek aan medicatietrouw in de laatste twee weken (item 3 uit de HoNOS-addendum) in ABC, volgens de persoonlijk begeleider/casemanager in 2004 t/m 2007

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

Ondanks deze motivatieproblemen zijn er geen cliënten bij wie het contact door een te weinig actieve, 'outreaching' opstelling van ABC is verbroken, zo blijkt uit een interview met de medisch manager. Bij een drietal cliënten zijn er wel twijfels over (de mate van) het contact. Eén cliënt was actief afwerend ten opzichte van de hulpverlening. Hij heeft met ondersteuning van de patiëntenvertrouwenspersoon zich laten uitschrijven. Hierover is overlegd met de geneesheer-directeur. Het uitschrijven is tegen advies van behandelaren en familie. De moeder van deze cliënt wordt wel begeleid: in de familiegroep van ABC. Met een tweede cliënt zou meer contact wenselijk zijn en met een derde is sinds de intake, ondanks meerdere bezoeken aan huis, geen contact meer geweest.

Het belang van het in zorg krijgen en het in zorg houden wordt groter. ABC gaat zich namelijk meer expliciet richten op jongeren die tussen wal en schip vallen en bij wie huidige hulpverlening niet goed aansluit.

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

De primaire maat voor rehabilitatie heeft betrekking op de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving. De vragenlijst die dit in beeld brengt, wordt ingevuld door de medewerker die de cliënt het beste in zijn dagelijks functioneren van nabij kent. 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 van gemiddeld 60,7 op T1 naar 64,1 anderhalf jaar later op T2 (significant: $t=3,3$; $p=0,002$; $n=57$). Van de zeven subschalen van het totale activiteiten- en participatieniveau verbeteren *contacten met personen van buiten de leefeenheid* ($t=4,3$; $p=0,000$; $n=57$), de *interne sociale integratie* ($t=2,7$; $p=0,009$; $n=58$) en het *mediagebruik* ($t=2,2$; $p=0,03$; $n=57$).

Het gemiddelde activiteiten- en participatieniveau van de totale groep cliënten in 2007 is hetzelfde gebleven als in de voorgaande jaren.

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

Over deze vraag zijn de meningen van de ouders verdeeld. Enkelen reageren ontkennend: *'nee dus, want mijn zoon is al een jaar psychotisch'*, en een ander: *'nee, dat moet je zelf doen. Herstel gaat langzaam, je bent zo een half jaar verder'*. Twee ouders antwoorden daarentegen bevestigend. Eén van hen: *'dat weet ik 100% zeker. Bij ABC zit veel know how waar ik eerst niet aan dacht. Dan komen ze met waar je op moet letten. En met tips. We dachten altijd dat het zou genezen, zoals met een gebroken been. Ik werd er van doordrongen dat het zich kan herhalen. Het geeft rust dat de behandeling in goede handen is. Het wordt allemaal helder, je weet waar het over gaat'*. Ten slotte antwoordt een ouder met een haast wetenschappelijke nuchterheid op de vraag of het herstel nu sneller verloopt dan zonder ABC: *'geen idee, we hebben het nooit zonder ABC geprobeerd'*.

In de groepsinterviews geven nagenoeg alle cliënten aan het prettig te vinden dat er een aparte afdeling is voor leeftijdsgenoten. Familieleden bevestigen dit. Een vader kijkt vanuit een helicopterview: *'ABC mist nog veel patiënten. Deze zitten in andere delen van Altrecht terwijl zij in een gespecialiseerde afdeling als ABC horen'*.

2.4 Aanvullende adviezen en opmerkingen

Bij de exitgesprekken is gevraagd naar tips of adviezen. Ook bij de GGz Thermometer is ruimte om opmerkingen over de behandeling te geven. Veel cliënten laten zich positief uit. Enkele voorbeelden hiervan: *'ik ben echt een tevreden klant: prettige mensen, prettige medewerkers'*, *'alles is goed'*, *'ben ik zeer tevreden mee'*, *'ze helpen je goed'* en *'helemaal prima'*. Enkele ervoeren bij ABC een *'positieve benadering en ondersteuning'*. Een aantal cliënten uit zich dankbaar, bijvoorbeeld: *'dank u wel voor alle goede zorgen die ik heb gehad'* en *'bedankt!'*.

Er is ook kritiek. De meest scherpe kritiek is: *'de mensen zijn hier laks en niet loyaal'*. Dit is echter een uitzondering. Meer concrete kritiek heeft enkele malen betrekking op drugs, zoals: *ze zijn te makkelijk op gebied van drugsgebruik. Je kunt je overal uitlullen. Er wordt nooit goed doorgevraagd en veel complimenten voor ABC. Sommige dingen zijn misschien te vrij. Ze hebben niet altijd door dat mensen blowen op hun kamer met het raam open'*. Een vader pleit voor de geïntegreerde aanpak met de verslavingszorg waarbij hij aantekent dat hij tegelijk bezorgd is dat *'ABC er te soft in is'*. Daarbij gaat het om het meer expliciet wijzen op de risico's van druggebruik naar cliënten en ouders toe, en om meer verslavingsdeskundigen in huis te hebben: *'intensieve, individuele begeleiding ten aanzien van verslaving moet kunnen, bijvoorbeeld drie keer per week een uur Liberman-verslaving'*.

Cliënten hebben ook tips voor ABC. Relatief veel tips hebben betrekking op de daginvulling en activiteiten, bijvoorbeeld: *'ik vind het vrij goed geregeld. Ik zou meer uitjes doen, zoals karten en laserquesten. Dan krijg je meer een groepsgevoel en meer gezelligheid in huis. Geld maakt het wel lastig maar je zou bijvoorbeeld kunnen gaan wandelen. Je moet dit echt verplicht maken zodat iedereen meedoet. Dan kun je elkaar beter leren kennen, anders zit je hier maar. Ik vind de uitjes altijd heel gezellig'*. Een ander geeft aan: *'meer daginvulling zou heel fijn zijn'* en een derde cliënte: *'ja, meer mogelijkheid om te sporten of een andere activiteit erbij, zoals knutselen of handarbeid'*. En tenslotte: *'de daginvulling kan wel wat beter. Niet als je hier komt maar als je klaar bent met "het oude programma" zou het goed zijn als er ook een nieuw programma komt'*. Een andere tip: *'begeleiding moet meer in de groep aanwezig zijn'*.

Familieleden benoemen enkele verbeterpunten. Een vader geeft aan dat er een psychiater bij moet komen: *'Ingeborg redt het niet alleen. Verder duurt het lang voordat je een afspraak hebt met de arts, maar ook met de verpleegkundigen. Het is vaak moeilijk plannen en als een afspraak wordt afgezegd in verband met ziekte duurt het zeker twee weken voordat er een nieuwe afspraak is'*. De drukte wordt ook verwoord door een andere ouder: *'dat de psychiater sneller terugbelt'*. Een ander punt heeft betrekking op de bekendheid van ABC: *'hoe is het met de bekendheid van ABC bij Centrum Mailiebaan? Deze vraag komt voort uit onze ervaring dat mijn zoon, vanuit Centrum Maliebaan, een omweg heeft gemaakt voordat hij op ABC terecht kwam'*. Een moeder zou in de toekomst meer aandacht voor familie willen zien juist in tijden van crises. Verder zou zij willen dat ABC cliënten langer in nazorg houdt.

Opmerkingen over het onderzoek / interview

Cliënten vonden de exitinterviews niet altijd gemakkelijk: *'moeilijk. Praten met mensen vind ik moeilijk'*, zo geeft een cliënt aan. Een andere cliënt: *'ik vind het wel goed maar vind het moeilijk om me te concentreren. Wel heel goed dat ik kan aangeven wat ik goed en minder goed vind'*. Een derde cliënt vond het interview (van 25 minuten) te lang duren: *'veel te lang. Ik ben nu een boek aan het schrijven dus dit was een beetje dubbel-op. Dit staat straks ook in mijn boek'*. Een ander sprak over het interview daarentegen van *'kort maar krachtig'*.

De meesten laten zich positief uit over het onderzoek en het exitinterview. Enkele reacties die dit illustreren: *'heel compleet, compact interview. Niks aan toe te voegen'*, *'ik vond het wel goed. Een soort terugblik op wat ik geleerd heb'*, *'ik vond het wel nuttig. Zo kan ik alles weer even ophalen, hoe het geweest is en zo'*, *'prettig praten met jou'*, *'vind ik wel goed, wel handig voor jullie'*, *'op zich wel goede vragen'*, *'goed dat je letterlijk opschrijft wat ik zeg'* en *'was wel goed. Heb jij die vragen bedacht?'*

Familieleden uiten zich positief over het telefonische interview. Enkele reacties: *'prima interview'*, *'zinnige vragen'*, *'kort en krachtig'* en *'ik vond het geweldig!'*. En twee ouders met een wat uitgebreidere reactie: *'dit interview geeft aan dat ABC feeling wil hebben en rekening houdt met wat er leeft bij cliënten en familie'*, en: *'prima en prettig dat vanuit ABC naar je mening wordt gevraagd. ABC is geïnteresseerd. Ik voel me hierdoor serieus genomen'*.

2.5 Onderzoeksresultaten samengevat

Dit is het vierde onderzoeksverslag over ABC. Hiervoor zijn cliënten, familieleden en medewerkers via interviews en vragenlijsten benaderd. Hieronder volgt per vraagstelling een samenvatting van de onderzoeksresultaten.

Ten aanzien van de structuur van ABC ('is het opgezet zoals bedoeld?') blijken zowel cliënten als medewerkers, net als in de voorgaande jaren, erg tevreden met de huisvesting en locatie van ABC. De doelstelling van ABC die in 2006 al enigszins was aangepast (ook gericht zijn jongeren met een psychotische stoornis bij wie de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat) is in 2007 verder gewijzigd. ABC gaat zich ook richten op jongeren die tussen wal en schip (dreigen te) vallen en bij wie een psychotische stoornis vermoed wordt. In totaal heeft ABC 99 cliënten in zorg, van wie er 20 klinisch zijn opgenomen.

Inzake het proces ('functioneert ABC zoals is bedoeld?') blijkt dat, net als in de voorgaande 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 30% van de ABC-clieënten staat de verslavingsproblematiek op de voorgrond. De afdeling is financieel gezond en al enkele jaren HKZ-gecertificeerd.

In voorgaande onderzoeksverslagen was geconstateerd dat meerwaarde te verwachten zou zijn van systematische ondersteuning bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van doelen van de cliënt door middel van individuele rehabilitatie. Individuele rehabilitatie is te beschouwen als een *evidence based*-interventie. Ondanks trainingen en intensieve werkbegeleiding liepen er in de praktijk maar weinig rehabilitatie-trajecten met cliënten. En dat terwijl rehabilitatieonderwerpen als 'gezelschap' en 'activiteiten' de grootste onvervulde zorgbehoeften waren bij ABC-clieënten. Inmiddels is het rehabilitatiebeleid aangepast. ABC-medewerkers van wie rehabilitatietrajecten verwacht wordt, zijn om de drie maanden

individueel gemonitord. Naast inhoudelijke opmerkingen bij de trajecten, is elk traject met een cijfer beoordeeld. Deze scores kwamen indien nodig terug in de jaargesprekken. Deze aanpak staat beschreven in het protocol *Kijk op Irb-Kwaliteit (KIK)* (Van Wel & Marquenie, 2007). Sindsdien is het aantal trajecten toegenomen en is de gemiddelde kwaliteit van de trajecten gestegen.

Over de resultaten van ABC ('wat is de meerwaarde?') is opvallend dat bij de cliënten met twee metingen (met gemiddeld 1½ jaar tussen deze metingen) de zorgbehoeften op rehabilitatieterreinen als 'betaald werk', 'activiteiten', 'huisvesting' en 'uitkeringen' aantoonbaar (significant) zijn verminderd. Gezien het feit dat er in voorgaande jaren geen verbeteringen op deze terreinen waarneembaar waren, hangen deze verbeteringen waarschijnlijk samen met het monitoren van de individuele rehabilitatietrajecten van medewerkers.

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

ABC lijkt goed aan te sluiten bij de onvervulde zorgbehoeften van cliënten: het aantal onvervulde zorgbehoeften neemt na gemiddeld 1½ jaar significant af. Deze afname heeft niet alleen betrekking op de rehabilitatieterreinen maar ook op 'informatie over de behandeling', 'nevenwerkingen van de medicatie' en 'veiligheid voor anderen'. Bijzonder is dat ook het totaal aantal zorgbehoeften van deze cliënten significant daalt. Het blijkt dat 1½ jaar rehabilitatie en behandeling van ABC niet leidt tot een toename van de zorgbehoeften; er is daarentegen sprake van een afname van de zorgbehoeften, terwijl er tegelijkertijd minder onvervulde zorgbehoeften zijn. Bij 65% van de cliënten nemen deze zorgbehoeften af, bij 8% blijft deze gelijk en bij 27% van de ABC-clieënten nemen de zorgbehoeften na 1½ jaar toe.

De relatief grote tevredenheid van ABC-clieënten in 2006 wordt in 2007 vastgehouden. Als rapportcijfer geven cliënten ABC een 8- en 94% 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.

Resultaten-in-vogelvlucht

De resultaten-in-vogelvlucht geven het volgende beeld:

- het aantal onvervulde zorgbehoeften neemt af;
- het aantal vervulde zorgbehoeften blijft gelijk;
- het totaal aantal zorgbehoeften neemt af;
- op de rehabilitatie-terreinen 'betaald werk', 'activiteiten', 'huisvesting' en 'uitkeringen' nemen de zorgbehoeften af;
- de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving stijgen (de hoofduitkomstmaat van rehabilitatie);
- ten aanzien van de psychotische stoornis en andere stoornissen zijn geen verbeteringen of verslechteringen aantoonbaar;
- cliënten zijn tevreden met de hulp die ABC biedt.

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

In 2007 zijn er over ABC 7 klachten binnengekomen waarvan 1 klacht bij de klachtencommissie van Altrecht is ingediend. Uiteindelijk is deze klacht weer ingetrokken. Er zijn zowel schriftelijke klachten als telefonische klachten binnengekomen, die alle schriftelijk zijn vastgelegd. Een klacht kwam van het hoofd van de schoonmaakdienst, dat een inval schoonmaakster grensoverschrijdend bejegend is door een cliënt. Een andere klacht kwam van een broer van een cliënt die vindt dat de intakeprocedure te lang duurt om zijn zus in behandeling te krijgen. Er zijn 3 klachten van ouders binnengekomen: ouders die ontevreden zijn over de mate van initiatief in het aangaan van contact naar hun zoon toe, ouders die ABC mailen omdat zij ontevreden zijn over de behandeling van hun zoon en een ouder die via de contactpagina van Altrecht een klacht indient over miscommunicatie met een arts. Deze klacht was tevens verzoek voor schadevergoeding voor een reis die geannuleerd moest worden. Er was ook een klacht van een buurman die meldt dat er een plant uit zijn pot getrokken is. Alle klachten zijn besproken in het team en op alle klachten is actie ondernomen naar betrokkenen. Uit de verslagen van de dagelijkse briefing is een klacht achterhaald van de afdeling Transmuraal: cliënten veroorzaken overlast in de tuin bij de huisjes. Dit is besproken in het wekelijkse huiskameroverleg met cliënten.

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. Dit systematisch evalueren is beschreven in het proces 'Van evaluatie tot klachten' in het kwaliteitshandboek. Dat evalueren gebeurt door onderhavig onderzoek maar ook door een vast agendapunt bij genoemde wekelijkse huiskameroverleggen met opgenomen cliënten.

In het wekelijkse huiskameroverleg 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, 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.

3.2 Meldingen van incidenten

In 2007 waren er 20 meldingen van incidenten door medewerkers van ABC. Deze staan in tabel 16, samen met die van 2005 en 2006, per type melding weergegeven.

Tabel 16. Type en aantal meldingen van incidenten door medewerkers van ABC in 2005, 2006 en 2007

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

Het aantal meldingen in 2007 is toegenomen in vergelijking met 2006. Vooral de confrontatie met fysieke- en verbale agressie is toegenomen. Het kwartaaloverzicht van 2007 geeft weer dat de meeste meldingen

gedaan zijn in het eerste kwartaal (7) en derde kwartaal (6). In het tweede kwartaal zijn 4 meldingen gedaan en in het vierde kwartaal 3. Bij de categorie 'overig' staan genoemd het ongeoorloofd aanwezig zijn van cliënt in het ABC-gebouw en cliënt die een winkel heeft beroofd.

Van één melding zijn onvoldoende gegevens beschikbaar: deze melding is onvolledig ingevuld. Ter controle zijn alle dagelijkse briefingverslagen nagelopen. Naast de eerder genoemde meldingen kwamen nog twee incidenten boven water die, in strijd met de afspraak, niet zijn teruggevonden in de ABC-administratie. Bij navraag blijkt dat één melding wel is gedaan maar niet is opgeslagen; het is onduidelijk waar deze melding is gebleven. De andere melding is uiteindelijk niet meer gedaan omdat deze bij nader inzien niet nodig werd gevonden. Deze onduidelijkheden zijn voor ABC een reden om bij de medewerkers te informeren of de aandacht voor incidentmeldingen voldoende is en of de persoonlijke begeleiding na een incident naar tevredenheid is. Het melden van een incident geeft ABC namelijk de mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering. Er wordt, net als in voorgaande jaren, getwijfeld of alle incidenten daadwerkelijk gemeld worden.

3.3 Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim van ABC in 2007 is 3,85%. Dit is beneden de target van 4,25% die voor de divisie Willem Arntsz is afgesproken. Het aantal ziekmeldingen per ABC-medewerker is gemiddeld 1,97. Dit is hoger dan de 1,52 ziekmeldingen die gemiddeld voor Altrecht-medewerkers geldt. In 2005 was het ziekteverzuim bij ABC nog slechts 2,8% bij een gemiddeld aantal ziekmeldingen van 2,1 per medewerker. In 2006 was het ziekteverzuim bij ABC 7,9% bij een gemiddeld aantal ziekmelding van 1,9 per jaar. Dit betekent dat ABC een lager ziekteverzuim heeft dan in 2006 maar dat het aantal ziekmeldingen per ABC-medewerker ten opzichte van 2006 niet is veranderd.

3.4 Audits

Om 2007 zijn zeven interne audits gehouden. Daarnaast was er een externe audit door *Lloyd's Register*. De interne audits hadden betrekking op de primaire processen (vijf maal), de secundaire processen (één 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 2006 waren er zes interne audits en een externe audit. In 2005 er tien interne audits en twee externe audits.

3.5 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 nagenoeg alle cliënten blijkt sprake te zijn van een psychotische stoornis of van het vermoeden daarop. Bij bijna alle cliënten is sprake van jongvolwassenheid; twee cliënten zijn 29 jaar en twee 30 jaar oud.

Het aantal geplande nieuw ingeschreven cliënten is 35. Dit aantal wordt in 2007 precies gehaald.

De wachttijden overschrijden in 2007 weliswaar de doelstelling maar veel minder dan in 2006. Aan de Treeknorm (gemeten over heel 2007) wordt voldaan bij 2/3^e van de cliënten. Bij 1/3^e van de cliënten wordt de Treeknorm overschreden. In 2006 werd bij 2/3^e van de cliënten de Treeknorm nog overschreden. Hierbij dient aangetekend te worden dat bij de Treeknorm die betrekking heeft op het in behandeling nemen (na de intake) alle ingeschreven familieleden zijn meegenomen. Deze familieleden kunnen er ten behoeve van de analyse van de cliënten niet worden uitgefilterd. Daardoor zal waarschijnlijk (veel) beter aan de Treeknorm worden voldaan.

De meetbare doelstelling is niet behaald.

Het proces 1.2 ‘diagnose en behandelplan’

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

Bij de telling in januari 2008 blijkt dat 94% van de cliënten een actueel behandelplan heeft. Begin 2007 had 82% een actueel behandelplan, in 2006 99% en eind 2004 gold dit voor 94% van de cliënten. Een behandelplan wordt opgesteld naar aanleiding van een behandelplanbespreking waarbij de cliënt, zijn persoonlijk begeleider of casemanager en de psychiater aanwezig zijn, eventueel aangevuld met andere hulpverleners. Familieleden worden uitgenodigd en zijn meestal ook aanwezig.

De behandelplannen bij ambulante cliënten zijn in principe niet ouder dan drie tot vier maanden. De 6 cliënten van wie het behandelplan niet actueel is, zijn allen ambulante cliënten. Van één cliënt is in het geheel geen behandelplan. Van de andere 5 cliënten is het behandelplan zes tot zeven maanden oud. Bij 1 van deze 5 cliënten is inmiddels in februari 2008 een behandelplan geweest; bij 2 andere cliënten bleken er wel behandelplanbesprekingen te zijn geweest waarbij echter het behandelplan zelf ontbrak (bijvoorbeeld omdat het behandelplan niet tijdens de bespreking in het elektronisch patiëntendossier is gemaakt omdat de bespreking bij de cliënt thuis gehouden). De redenen van het ontbreken van de behandelplannen bij 2 andere cliënten kon niet worden achterhaald. Het vertrek van een psychiater hangt waarschijnlijk samen met het ontbreken van actuele behandelplannen. Door haar vertrek bleken afspraken voor nieuwe behandelplannen soms moeilijk te combineren met de agenda van de nieuwe artsen waardoor de tijd tussen de behandelplannen groter werd dan wenselijk.

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 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 afgenomen. Bij de eerste meting waren dit per cliënt gemiddeld 9,4 zorgbehoeften. Bij de tweede meting (1½ jaar later) zijn dit gemiddeld 7,9 zorgbehoeften per cliënt. Deze daling is significant ($t=3,5$; $n=62$; $p=0,001$). Bij 27% van de cliënten is het aantal zorgbehoeften gestegen (in 2006 was dit 35%). Bij 65% van de cliënten is het aantal zorgbehoeften afgenomen (in 2006 was dit 53%). Bij 8% van de cliënten is het aantal zorgbehoeften gelijk gebleven.

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.*

Bij de exitinterviews en bij de groepsinterviews is gevraagd naar de veiligheidsbeleving van cliënten. Soms geeft een cliënt aan zich niet veilig te hebben gevoeld: ‘er waren geen specifieke situaties die onveilig waren, het is meer een gevoel’, aldus deze cliënt. Een ander benoemt wel concrete ervaringen: ‘sommige mensen hadden woedeuitbarstingen, daar kon ik niet goed tegen. Ik begreep niet waarom ze kwaad werden’. Een derde cliënt, die zich veelal wel veilig voelde, keek daarbij vooral naar zichzelf: ‘ik voelde me af en toe wel een beetje achterdochtig; soms heb ik dat naar mensen toe’. De meesten voelden zich veilig. Soms moest iemand eerst wennen: ‘ik voelde me aan het begin niet veilig tussen al die patiënten. Ik moest aan iedereen wennen. Later voelde ik me veilig’. Een cliënte benoemde helder het belang van veiligheid: ‘ja, ik voelde me veilig. Ik heb rust nodig om aan mijn herstel te werken. Dat lukt goed. Ik kan mij focussen op mijn genezing. Er heerst hier een huiselijke sfeer’. Andere cliënten uit het groepsinterview vullen aan: ‘ik voel me hier altijd veilig’.

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?’).

De meetbare doelstelling is niet behaald.

Het proces 1.6 ‘behandelplan-evaluatie’

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

Sinds de invoering van het EPD in oktober 2006, is de procedure voor de voorbereiding van het behandelplan enkele malen gewijzigd. Het loopt thans nog steeds niet naar wens. In het onderzoeksverslag

van vorig jaar stond beschreven dat een aanpassing van het verbetertraject noodzakelijk was. De medisch manager neemt nu het voortouw in het verbetertraject om tot een werkbare opzet te komen.

De meetbare doelstelling is niet behaald.

Het proces 1.7 ‘afsluiten 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 in 2007 31 exitgesprekken gehouden, inclusief de verslagen daarvan (in 2006 waren er 26 exitgesprekken). 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 2007 zijn er door drie (van de 90) cliënten diepe onvoldoendes gegeven voor de totale behandeling of begeleiding. In 2006 werd er door drie cliënten (van de 61) een rapportcijfer 5 gegeven. Dit is 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 2007 en vergelijkt de bevindingen met die uit 2004, 2005 en 2006. 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 bedoeld. Zowel cliënten als medewerkers zijn, net als in de voorgaande jaren, erg tevreden met de huisvesting en locatie van ABC. De doelstelling van ABC die in 2006 al enigszins was aangepast (ook gericht zijn jongeren met een psychotische stoornis bij wie de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat) is in 2007 verder gewijzigd. ABC gaat zich ook richten op jongeren die tussen wal en schip (dreigen te) vallen en bij wie een psychotische stoornis vermoed wordt. In totaal heeft ABC 99 cliënten in zorg, van wie er 20 klinisch zijn opgenomen.

Inzake het proces ('functioneert ABC zoals is bedoeld?') blijkt dat, net als in de voorgaande 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 30% van de ABC-clieënten staat de verslavingsproblematiek op de voorgrond. De afdeling is financieel gezond en al enkele jaren HKZ-gecertificeerd.

In voorgaande onderzoeksverslagen was geconstateerd dat meerwaarde te verwachten zou zijn van systematische ondersteuning bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van doelen van de cliënt door middel van individuele rehabilitatie. Individuele rehabilitatie is te beschouwen als een *evidence based*-interventie. Ondanks trainingen en intensieve werkbegeleiding liepen er in de praktijk maar weinig rehabilitatie-trajecten met cliënten. En dat terwijl rehabilitatieonderwerpen als 'gezelschap' en 'activiteiten' de grootste onvervulde zorgbehoeften waren bij ABC-clieënten. Inmiddels is het rehabilitatiebeleid aangepast. ABC-medewerkers van wie rehabilitatietrajecten verwacht worden, zijn om de drie maanden individueel gemonitord. Naast inhoudelijke opmerkingen bij de trajecten, is elk traject met een cijfer beoordeeld. Deze scores kwamen indien nodig terug in de jaargesprekken. Deze aanpak staat beschreven in het protocol *Kijk op Irb-Kwaliteit (KIK)* (Van Wel & Marquenie, 2007). Sindsdien is het aantal trajecten toegenomen en is de gemiddelde kwaliteit van de trajecten gestegen.

Over de resultaten van ABC ('wat is de meerwaarde?') is opvallend dat bij de 63 cliënten met twee metingen (met gemiddeld 1½ jaar tussen deze metingen) de zorgbehoeften op rehabilitatieterreinen als 'betaald werk', 'activiteiten', 'huisvesting' en 'uitkeringen' aantoonbaar (significant) zijn verminderd. Gezien het feit dat er in voorgaande jaren geen verbeteringen op deze terreinen waarneembaar waren, hangen deze verbeteringen waarschijnlijk samen met het monitoren van de individuele rehabilitatietrajecten van medewerkers.

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

ABC lijkt goed aan te sluiten bij de onvervulde zorgbehoeften van cliënten: het aantal onvervulde zorgbehoeften neemt na gemiddeld 1½ jaar significant af. Deze afname heeft niet alleen betrekking op de rehabilitatieterreinen maar ook op 'informatie over de behandeling', 'nevenwerkingen van de medicatie' en 'veiligheid voor anderen'. Bijzonder is dat ook het totaal aantal zorgbehoeften van deze cliënten significant daalt. De relatief grote tevredenheid van ABC-clieënten in 2006 wordt in 2007 vastgehouden. Als rapportcijfer geven cliënten ABC een 8- en 94% 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 depressieve stemming, problematisch alcohol- of drugsgebruik en cognitieve symptomen.

Er zijn in 2007 zeven, inmiddels afgehandelde, interne klachten geweest en er zijn 20 incidenten gemeld. Het ziekteverzuim is vergeleken met het voorgaande jaar meer dan gehalveerd. Er zijn één externe en zeven interne audits geweest die mede hebben geleid tot verbetertrajecten. De meetbare doelstellingen van de primaire processen zijn deels wel en deels niet behaald.

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 63 cliënten van wie twee metingen beschikbaar zijn en bij wie er gemiddeld 1½ jaar tussen beide metingen zit. Bij de interpretatie van deze resultaten is voorzichtigheid geboden. De belangrijkste beperkingen van het onderzoek zijn:

- 1) over deze cliënten kan men met voldoende zekerheid vaststellen in hoeverre zij zijn vooruitgegaan. Er kan echter niet met voldoende zekerheid gesteld worden dat verbeteringen door ABC zijn veroorzaakt;
- 2) bij de cliënten met twee metingen bedraagt de afstand tussen deze metingen gemiddeld 1½ jaar. De afstand tussen de start op ABC en de eerste meting is echter negen maanden (met een gemiddelde afwijking hiervan van acht maanden). Deze negen 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 2008. Het verslag is de basis voor discussie. Naar aanleiding daarvan kunnen verbeterpunten en doelstellingen worden geformuleerd. Het onderzoek wordt in 2008 voortgezet. Met de eerder verkregen informatie kan bezien worden of de resultaten vastgehouden en wellicht verbeterd worden.

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 2007 voor personen van buiten ABC naar datum, medewerker, titel van de activiteit, type activiteiten en toehoorders

datum	wie	titel	activiteit	toehoorders
9-1-07	LL+VN	Omgaan met wanen	presentatie	Ypsilon-avond te Utrecht
18-1-07	JM+JW TW	Werkconferentie Vroege psychose	forumlid	Erasmus MC, Riagg Rijnmond, BavoRNOgroep te Rotterdam
11-4-07	TB+MK+ MP+ IS	Ontwikkelingsgericht werken bij jongvolwassenen met schizofrenie	cursus	NVvP te Maastricht
12-4-07	IS	Psychopathologie en het werken als trajectbegeleider	presentatie	Altrecht-Talent te Den Dolder
29-6-07	MR+TW	Met andere ogen. Interculturalisatie en rehabilitatie	trainingsdag	Mentrum te Amsterdam (via St. Rehabilitatie '92)
12-9-07	TW	Onderzoek naar de IRB	presentatie	docenten van St. Rehabilitatie '92 te Rotterdam
13-9-07	LK+EL+ TW	Post-HBO-opleiding <i>Rehabilitation Counselor</i> (tot medio 2009)	training	Hanzehogeschool Groningen te Den Dolder
20-9-07	IS+VN	Rehabilitatie in de psychiatrie	les	artsen in opleiding tot psychiater te Utrecht
27-09-07	MJ+TW	Milieurehabilitatie (+ dag 2 op 11-10-08)	training	De Grote Rivieren te Gorinchem
12-10-07	MF	Werken als ervaringsdeskundige in de praktijk	presentatie	ROC: Opleiding begeleider in de GGZ met ervaringsdeskundigheid te Utrecht
1-11-07	MF+TW	Ervaringsdeskundigheid in de praktijk	presentatie	Najaarsconferentie Raad van Bestuur en directies Altrecht te Nunspeet
15-11-08	IS	Adolescentie en psychose	les	artsen in opleiding tot psychiater te Utrecht
22-11-07	RV+IS	Gezinsinterventies bij schizofrenie	workshop	<i>Zorgen voor verband</i> . Landelijk schizofreniecongres te Zwolle
22-11-07	PM+LK+ TW	Parallel-symposium 'Het verband houden: een debat over verpleegkunde en rehabilitatie'	parallel-symposium	<i>Zorgen voor verband</i> . Landelijk schizofreniecongres te Zwolle
23-11-07	IS	Psychopathologie	les	ROC: Opleiding begeleider in de GGZ met ervaringsdeskundigheid te Utrecht
29-11-07	TW	Rehabilitatie onder druk. Rehabilitatie-trajecten op hun kwaliteit beoordelen	lezing	Lustrumcongres <i>Rehabilitatie en herstelondersteunende zorg</i> te Rotterdam

ABC-medewerkers: Truus van den Brink (TB), Ingeborg Siteur (IS), Leontien Los (LL), Marga Figlarz (MF), Venu Nieuwenhuizen (VN), Tom van Wel (TW).

Anderen: Marian de Jong, Altrecht-Talent (MJ); Lies Korevaar, Hanzehogeschool Groningen (LK); Marijke Krikke, AMC (MK); Els Luijten, GGZ Drenthe (EL); Julia Machiels, UMC-Utrecht (JM); Pieter Jan Mulder, UMC Groningen (PM), Margreet de Pater, Bavo Europoort, (MP), Maaïke Riemersma, Mentrum (MR), Roos de Valk, Parnassia (RV), Jaap van Weeghel, Kenniscentrum Herstel en Rehabilitatie (JW).

Schema 2. Publicaties in 2007 waaraan ABC-medewerkers hebben meegewerkt naar maand, vermelding en type publicatie

datum	verwijzing	type
mrt 07	Wel, T. van (2007). 'Mijn leven was helemaal zoek'. <i>Onderzoeksverslag over ABC in 2006</i> . Utrecht: Altrecht ggz.	onderzoeksverslag
nov-07	Wel, T. van & Siteur, I. (2007). Recensie van Prickarts (2006). Functioneringsgerichte rehabilitatie. De cliënt als persoon centraal in de kansrijke omgeving. <i>Maandblad Geestelijke volksgezondheid</i> , 62 (11), p. 1000-1001.	recensie
dec-07	Wel, T. van & Marquenie, F. (2007). <i>KIK. Kijk op Irb-kwaliteit</i> . Utrecht: Altrecht ggz.	protocol