

De Effecten van bemoeizorg

- de resultaten van een onderzoek bij Nederlandse bemoeizorgteams

Diana Roeg, Margot Voogt, Marcel van Assen en Henk Garretsen,
werkzaam bij Tranzo- Universiteit van Tilburg

Onderstaande tekst is de integrale samenvatting va het onderzoek en is met toestemming van de auteurs overgenomen uit het onderzoeksrapport

Samenvatting Onderzoek

Inleiding

Bemoeizorgteams bieden ongevraagd hulp aan mensen die in zorgwekkende leefomstandigheden zijn gekomen en niet voor hulp aankloppen bij zorginstellingen. Bemoeizorgers zoeken contact met deze mensen om uit te zoeken waar ze ondersteuning kunnen bieden. Het uiteindelijke doel van bemoeizorg is om cliënten voor te bereiden op een doorverwijzing naar reguliere voorzieningen voor verdere begeleiding en/of behandeling. Er is nog niet eerder onderzoek gedaan naar de effecten van deze vorm van bemoeizorg. Dit is wel van belang omdat er in Nederland veel bemoeizorgteams zijn die op deze manier werken.

Om de effecten van dit bemoeizorgprogramma vast te stellen is een ongecontroleerd effectonderzoek gedaan. Hieraan namen drie onafhankelijke bemoeizorgteams uit verschillende regio's deel (Tilburg, Noordoost Brabant (NOB) en Eindhoven). Drie jaar lang is er van alle cliënten die bij deze teams binnenkwamen bijgehouden hoe het met ze ging, en of en op welke gebieden er verbetering optrad in hun situatie.

Gekeken werd naar de eigen ervaren kwaliteit van leven, ernst van de problematiek op verschillende leefterreinen, de relatie (binding) tussen de cliënten en hulpverleners, en problemen met het doorverwijzen naar reguliere voorzieningen. Ook is onderzocht of de behaalde resultaten stand hielden na beëindiging van de bemoeizorg en of cliënten tevreden waren met de ontvangen zorg.

De onderzochte bemoeizorgteams

De onderzochte teams hanteerden hetzelfde format (manier van werken) en richtten zich op mensen die ondanks een schrijnende situatie door ernstige problemen op meerdere leefgebieden nog nergens zorg of begeleiding ontvangen. De doelgroep was breed en omvatte naast mensen met psychiatrische problematiek bijvoorbeeld ook mensen met verslavingsproblemen en/of verstandelijke beperkingen.

De teams waren multidisciplinair en samengesteld uit mensen van verschillende organisaties. Er werkten ondermeer maatschappelijk werkers, HBO opgeleide verpleegkundigen en sociaal pedagogisch werkers. Er werd een contact opgebouwd met cliënten en zij ontvingen een aantal maanden praktische ondersteuning. Dit gebeurde voornamelijk in de cliënt zijn eigen leefomgeving. De teams boden geen behandeling. Ze hadden wel een psychiater en/of arts met een consultfunctie. Zodra dit kon, werden cliënten overgedragen aan de reguliere voorzieningen.

De cliënten

De gemiddelde leeftijd van de cliënten was ruim 45 jaar en tweederde was man. Een derde had kinderen en bijna 18% een partner. De meeste cliënten waren aangemeld bij de bemoeizorgteams door familie en vrienden, woningbouwcorporaties of gemeenten. De problematiek van bemoeizorgcliënten was bij de start van een bemoeizorgtraject qua ernst vergelijkbaar met die van psychiatrische patiënten in dagbehandeling. Wat verschilde waren de leefgebieden waarop de problematiek aanwezig was. Cliënten van de onderzochte bemoeizorgteams hadden vooral problemen op sociaal terrein: sociale contacten, algemene dagelijkse levensverrichtingen, woonomstandigheden en beroep/dagbesteding. Daarnaast was er veel problematiek met middelengebruik. Bij een kwart van de cliënten was er sprake van een (dreigende) uithuiszetting, dakloosheid of het volledig ontbreken van de basisvoorzieningen in de woonsituatie. Bij bijna een vijfde was er sprake van een ernstig en kommvool sociaal isolement. Bemoeizorgcliënten ervoeren hun kwaliteit van leven een stuk lager dan een gezonde populatie en ook lager dan Nederlandse ACT cliënten en Engelse ACT en bemoeizorgcliënten. De relatie (binding) tussen cliënt en hulpverlener was relatief goed vanaf de start van de bemoeizorg: de cliënten stonden open voor de begeleiding.

De effecten van bemoeizorg

Cliënten verbeterden op alle gebieden: de kwaliteit van leven nam toe, de ernst van de problematiek nam af, de relatie (binding) hulpverlener-cliënt verbeterde en de problemen met doorverwijzen namen af. De grootste effecten had bemoeizorg op de kwaliteit van leven. Deze effecten hielden stand tot minstens zes maanden na de afsluiting van een bemoeizorgtraject. Ook waren er goede verbeteringen in de problematiek: de ernst nam af. Deze effecten zetten na de bemoeizorg zelfs nog verder door. Bemoeizorg had daarnaast een klein gunstig effect op de relatie (binding) tussen hulpverlener en cliënt, en op de problemen met doorverwijzen naar de reguliere voorzieningen.

Er waren geen verschillen tussen teams, met uitzondering van het effect op de kwaliteit van leven. Hierop was tijdens de bemoeizorg in één team een grotere verbetering te zien, maar uiteindelijk (zes maanden na afsluiten van de bemoeizorg) bereikten de cliënten in alle teams eenzelfde verbetering in kwaliteit van leven.

De cliënten waren tevreden met de bemoeizorg en gaven een gemiddeld rapportcijfer van ruim een 8. Dit is een punt hoger dan ambulante cliënten uit de GGZ en de verslavingszorg in een ander onderzoek hun ontvangen zorg waardeerden.

Na de bemoeizorg

Tweederde van de cliënten werd na de bemoeizorg doorverwezen. Iets meer dan een tiende van de cliënten raakte uit beeld of bleef de bemoeizorg weigeren. Een tiende had geen zorg meer nodig omdat het weer goed met ze ging. Zes maanden na het beëindigen van de bemoeizorg was bijna 64% van de cliënten nog in zorg. Van de cliënten die niet meer in zorg waren was de reden hiervoor: in iets meer dan 40% omdat het weer goed genoeg met ze ging en in bijna 18% omdat ze uit beeld of niet traceerbaar waren.

Discussie en conclusie

Het is een zeer goed resultaat dat er op ernst van de problematiek en kwaliteit van leven middelgrote en grote effecten werden gevonden. Dit betekent dat de effectiviteit van bemoeizorg in vergelijking met andere (sociaal) medische zorgprogramma's of interventies van behoorlijke orde is.

Juist omdat de cliënten gemiddeld een relatief lage kwaliteit van leven ervoeren en de ernst van de problematiek bij aanvang in vergelijking met andere groepen hoog was, is verbetering op deze terreinen van groot belang. Het feit dat in alle drie de onderzochte teams vergelijkbare effecten werden gevonden, versterkt de bewijskracht van de effectiviteit van de onderzochte vorm van bemoeizorg. De bemoeizorg zoals hier onderzocht liet vergelijkbare effecten zien op de ernst van de problematiek als Community Mental Health Teams en ACT teams in Engeland. Verbeteringen in kwaliteit van leven werden in Engeland echter niet gezien. Ditzelfde gold voor een Nederlands onderzoek naar het ACT programma. Dat maakt de resultaten op kwaliteit van leven van het hier onderzochte bemoeizorgprogramma uniek, vooral vanwege de grote omvang. Is bemoeizorg nu evidence based? Er was nog niet eerder effectonderzoek gedaan naar bemoeizorg in deze vorm, ondanks dat er veel teams in Nederland zijn die zo werken. Wel is er eerder onderzoek gedaan op case nivo en met behulp van een survey en focusgroepen onder experts. Door het hier gerapporteerde onderzoek is bemoeizorg opgeklimmen van een nauwelijks onderzochte interventie tot een nivo van een redelijk zeker effectieve interventie.

Hoe nu verder?

Inschrijving in een databank voor interventies, zoals Databank effectieve sociale interventies van Movisie en Loket gezond leven van het RIVM, zou een logische vervolgstap zijn. Hierdoor kan de verkregen kennis en ervaring met deze manier van werken verder worden verspreid. Met een randomized controlled trial zou in de toekomst de werkzaamheid van bemoeizorg nog verder kunnen worden onderbouwd. Bij een dergelijke onderzoeksopzet zou goed gekeken moeten worden door bemoeizorgteams en onderzoekers samen naar de haalbaarheid en de ethische aspecten die hierbij horen, zoals het indelen van een deel van de cliënten in een controlegroep waar geen bemoeizorg wordt geboden.

Van psych(iatr)ische ziekten ga je niet dood

Marlieke de Jonge

Er is wel een hogesnelheidsverbinding met **somatische schade en kosten**. Voor de hand liggend is het bezoek aan een afdeling Interne Geneeskunde. Scoor het aantal patiënten dat een achtergrond heeft van diverse **verslavingsproblematiek** (alcohol vooral, roken, eetstoornissen, drugs, medicijnmisbruik). Deze mensen kun je ook vinden bij Oncologie, Hart-en vaatziekten, Traumatologie... waar niet eigenlijk?

Zelfs op de Kinderafdeling vind je slachtoffers van verslaafde ouders en andere volwassenen 'onder invloed'. Omdat de gezondheidszorg focust op de ziekte en niet op verhaal en omstandigheden, worden ze meestal niet gezien: zelfmoordpogingen, agressie en alcoholische schade. Door de wol geleverde verpleegkundigen en doktoren weten de dwarsverbanden wel, maar tja, **weten** past slecht in het systeem. We registreren niet.

Wie in ieder geval ziende blind zijn, zijn de dames/heren politici. Wie legt nu **financiële drempels** bij de GGZ? Zo blokkeer je de preventie van veel duurdere somatische ellende. De reisroute naar Justitie is daarbij vergeleken "peanuts". Kostenbeheersing in en om de zorg begrijp ik best. Het eiland van de zorg heeft dringend een samenhangende koerswijziging nodig. **Niet** een reeks contraproductieve noodsprongen die in de menselijke realiteit kant nog wal raken.

Daarom terug naar de praktijk. Nu laat ik de combi verslaving-somatiek verder even buiten beeld. Die is te natuurlijk: 1-op-1. Bijna alle andere psych. problematiek is ook somatisch en vice versa. De rare **psychisch-somatische scheiding bestaat in de organisatie van de zorg, niet in mensen**. Het is maar van welke kant je kijkt, waar de last zich manifesteert en (zo zou het moeten zijn) van welke kant de kans op succesvol beïnvloeden het grootst is.

Er zijn een aantal redenen om de **voorkeur** te geven **aan somatiseren**:

1. De status van somatische makke scoort hoger.
2. Voor de meeste mensen geeft psych. problematiek meer onmacht. Vooral als ze ziekte-inzicht adopteren in plaats van 'zicht op zelf'.
3. De motivatie om hulp te zoeken is juist bij ernstige psychiatrische storingen miniem. Omdat ze een hoog zelfbeschermingsgehalte hebben en pijnsparend zijn. Wat doe je jezelf aan met het opgeven van dissociatieve technieken, anorexia of een psychose-wereld?

Mij zien ze in ieder geval pas als mijn omgeving en dwangmaatregelen me dwingen..... in de somatische zorg.

Al deze **argumenten mis ik** in de voorgenomen beleidsmaatregelen en Kamerdebatten. Terwijl ze toch zo logisch zijn. Als voorbeeld een **fragment uit eigen leven**: kindermisbruik + psychosevatbaarheid = anorexia + zelfbeschadiging + psychosen = zelfmoordgedoe, een verstoorde hormoonhuishouding, orgaanschade in ruime variatie, osteoporose etc. = bedden bij spoed- en ongevallen, traumatologie, interne en de rest. Momenteel ben ik 'vaste klant' bij de psychiatrie, maar de kosten in de somatiek kun je met 25 vermenigvuldigen. En dan heb ik ze als geboren doe-het-zelver nog gereduceerd tot twee specialisten en een fysiotherapeut. Als ik me aan de richtlijnen zou houden, had ik er een fulltime job aan.

Andere veel voorkomende combi's:

1. De fysieke 'vergissingen' van mensen in een depressie en/of psychose: zelfbeschadiging, zelfdoding, onbegrepen risico's waardoor gevaarlijke toestanden ontstaan voor zichzelf en anderen.
2. De directe en indirecte schadelijke bijwerkingen van medicatie. Bekend voorbeeld is overgewicht in relatie tot anti-psychotica, maar deskundigen kunnen u een waslijst leveren. Wat te denken van neuroleptica in het verkeer?
3. Goed depressieve mensen gaan niet hardlopen. Wel roken en over-eten.
4. Veel middelen tegen 'buitengewone ervaringen' veroorzaken onverschilligheid, vervreemding en hopeloosheid. Wie patiënten daar zonder behoorlijke begeleiding mee opscheept, kan raden wat ervan komt. Niet zelden een ziekenhuisbed.
5. Eén keer psychisch, alles psychisch: somatische verwaarlozing bij psych. patiënten is vrij normaal. Stofwisselingsstoornissen en zelfs simpele vitamine tekorten kunnen buitengewoon psychiatrisch overkomen. Zoals psychische problematiek zich meetbaar somatisch kan presenteren.
6. Tenslotte is het zelfhelend vermogen van het mechaniekje mens een typisch psycho-somatische aangelegenheid die niet past in de zorgscheiding.

Zo kan ik nog wel even doorgaan. Wat is de **moraal** van dit verhaal? Een verdere scheiding psychiatrie versus somatische zorg is menselijk onverklaarbaar en kosten ineffectief. Bij opwerpen van drempels aan de psychiatrische kant rommelen mensen probleemloos de somatiek in. Is dat verstandig bezuinigen? Ik denk van niet.

Over de auteur

Marlieke de Jonge, praktiserend patiënt
Lentis; UMC; Martini Ziekenhuis; P.C.R.R. Hilberdink

P.M.:

Bij psych(iatr)ische ziekten/toestanden heb ik het over levensontwrichtende problematiek en niet over de gevolgen van een verwende, kwetsbare samenleving die een volmaakt leven eist volgens media-recept. Die laatste categorie moet nodig leren om weer eigen boontjes te doppen met elkaar. Daar word je namelijk heel gelukkig van! En van leven ga je dood, dat kun je beter ook maar weten. Leed hoort bij het leven.