

(Door het verloren gaan van de orginelen is dit artikel niet in de gebruikelijke opmaak. Er kunnen kleine wijzigingen in de tekst bestaan ten opzichte van het orgineel)

ZORGCOORDINATIE EN REVALIDATIE

Onderzoek naar het project zorgcoördinatie en revalidatie in Amsterdam Centrum/Oud-West

**Rens Gardien,
Wim Wijdenes,
Jack Dekker,
Yo-An Koning**

*Project Zorgcoördinatie en Revalidatie
Amsterdam C/OW,
Spinozastraat 51,
1018 HJ Amsterdam.*

Inleiding

Het project zorgcoördinatie is voortgekomen uit het samenwerkingsverband van Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam, Riagg Centrum/Oud-West en RIBW/PC Hoof. Een team gedetacheerd vanuit de verschillende instellingen houdt zich sinds april 1993 bezig met het coördineren en revalideren van een specifieke groep chronisch psychiatrische cliënten. Alle cliënten krijgen een psychiater, zorgcoördinator en revalidatiewerker toegewezen, die nauw met elkaar samenwerken: 'Working Apart Together' (WAT-model, Hermanides-Willenborg 1995). De twee laatstgenoemde hulpverleners leggen samen het contact met de cliënt, ze stellen in overleg met de cliënt een rehabilitatieplan op en onderhouden het contact met het sociale netwerk. Naast de gezamenlijke taken hebben ze ieder hun specialiteit. De zorgcoördinator coördineert de zorg rondom de cliënt: de hulp, die verleend wordt vanuit verschillende instellingen. Hij heeft de eindverantwoordelijkheid voor het rehabilitatieplan. De revalidatiewerker doet de revalidatietraining, dit houdt in dat hij samen met de cliënt in zijn thuissituatie praktisch aan de slag gaat om het functioneren van de cliënt op verschillende levensgebieden te optimaliseren. Aan het project is een onderzoek verbonden dat de 90 cliënten en naaste betrokkenen gedurende 2 jaar volgt. Hieronder volgt een samenvatting van het onderzoek. Achtereenvolgens zullen worden beschreven: de opzet van het onderzoek, de evaluatie van de doelen waaraan gewerkt is en de onderzoeksgegevens na 1 jaar project. Daarna worden twee casussen beschreven: cliënt A, die niet in zorg is gekomen en cliënt B, die veel baat heeft bij het project. Per casus zijn de gegevens van drie bestaande cliënten gecombineerd. Besloten wordt met een discussie.

Het onderzoeksdesign

Het onderzoek naar de cliënten van het zorgcoördinatie-project begint een paar weken nadat de cliënten zijn ingestroomd. Meestal gaat de onderzoeker samen met de zorgcoördinator of revalidatiewerker op bezoek bij de cliënt. De onderzoekers stellen vragen over lichamelijke en psychische klachten, het sociaal netwerk en het alcoholgebruik. Na 1 jaar project worden dezelfde vragen opnieuw gesteld. Ook worden dan vragen gesteld over de ervaringen met de projectmedewerkers. Na 2 jaar vindt de derde meting plaats en worden de vragenlijsten voor de laatste keer bij de cliënten afgenomen. Familieleden en vrienden van de cliënten worden vragen gesteld over de belasting die zij ondervinden in de omgang met de cliënt voor en tijdens het project. Eveneens wordt deze belangrijke ander na 1 en 2 jaar project gevraagd naar de ervaring met de projectmedewerkers van het team. De zorgconsumptie: het aantal opnamen en opnamedagen, wordt in kaart gebracht in de 2 jaar voordat de cliënten in het project stromen en tijdens de 2 projectjaren. De verschillende vragenlijsten die worden gebruikt zijn: de klachtenlijst (SCL-90), Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag (GVSG), alcohollijst (ASI), Betrokkenen Evaluatie Schaal (BES), Tevredenheidslijst en de Doelenlijst (GAS).

Naast bovengenoemde metingen bij de experimentele cliënten van het project is in het onderzoek ook een vergelijkbare controle groep gevolgd. In dit artikel worden de voorlopige resultaten beschreven van de cliënten van het project.

De Goal Attainment Scaling

Samen met de cliënt worden elke drie maanden doelen opgesteld met behulp van de GAS (Goal Attainment Scaling). De GAS is een evaluatiemethodiek waarbij de doelen die gesteld worden, gescoord worden aan het begin en aan het eind van de periode (zie: Hermanides-Willenborg, 1995).

Het blijkt dat in het eerste jaar de doelen Dagingvulling, Huishouden en Hygiëne het meest gesteld worden, respectievelijk in 17%, 10% en 10% van de gevallen.

Op alle doelen wordt vooruitgang geboekt. Het verwachte niveau, het niveau waar de medewerkers en cliënten samen naar streven, wordt praktisch in alle gevallen behaald. Gedurende een periode van 1 1/2 jaar zijn zes GASsen opgesteld per cliënt. Hierdoor wordt de vooruitgang in de loop van de tijd in kaart gebracht. Het verschil tussen het begin- en eindscores is de vooruitgang in punten op de GAS. De vooruitgang in punten is bij Gas1 aanzienlijk meer dan bij Gas6. Uit een nadere analyse blijkt dat dit komt omdat in de loop van de tijd op een steeds hoger niveau wordt begonnen per GAS: bij Gas1 is er nog sprake van een beginniveau van 1.05 (bijvoorbeeld: cliënt heeft geen dagstructuur), terwijl de beginscore op Gas6 2.01 (cliënt staat 1 x per week op tijd op om een activiteit buitenshuis te doen) is. Het eindniveau blijft echter rond de 3 (bijvoorbeeld: cliënt staat 2 x per week op tijd op om een activiteit buitenshuis te doen) hangen.

De meeste vooruitgang wordt geboekt op de doelen Contact met familie, Contact met de hulpverlening en Medicatie. De minste vooruitgang wordt behaald op Dagingvulling, Hygiëne en Contact met vrienden.

De cliënten na 1 projectjaar

De onderzoeksgegevens die na elkaar aan bod komen zijn: de lichamelijke en psychische klachten, het sociaal netwerk, het alcoholmisbruik, de tevredenheid van de cliënt met het project, het aantal opnamen en opnamedagen, de belasting van de belangrijke ander en de tevredenheid van de belangrijke ander met het project.

Allereerst zijn de uitkomsten van de klachtenlijst bij het begin van het project en na 1 jaar project met elkaar vergeleken. De lichamelijke klachten, angst, verwardheid en slaapproblemen blijven gelijk, er is geen verbetering of verslechtering van de klachten na 1 jaar project.

De gedragslijst valt uiteen in de onderdelen: hygiëne, huishouden, dagingvulling en eenzaamheid. Er is geen verschil tussen het begin van het project en na 1 jaar zorgcoördinatie met betrekking tot hygiëne, huishouden en dagingvulling. De eenzaamheid bij mensen zonder partner neemt echter af. Vragen die horen bij dit laatste onderdeel zijn: 'het beviel me om zonder partner te zijn', 'ik heb geprobeerd een partner te vinden', 'ik vond het vervelend om geen partner te hebben', 'ik kon me zonder partner goed redden' en 'ik werd somber van de gedachte geen partner te hebben'.

Het lijkt erop dat de zorgcoördinator en revalidatiewerker ervoor zorgen dat de cliënten er meer vrede mee hebben geen partner te hebben. Mogelijkerwijs vervangen zij als het ware een partner. Het alcoholgebruik is in kaart gebracht met behulp van de alcohollijst. De alcohollijst is bij het begin van het project en na 1 jaar project afgenomen. Cliënten die meer dan honderd gulden per maand aan alcohol besteden zijn geselecteerd. Het percentage dat meer dan honderd gulden aan alcohol besteedde bij het begin van het project was 15 %, na 1 jaar project is dit verminderd tot 8 %. Er wordt na 1 jaar project minder uitgegeven aan alcohol. Dit is een duidelijke verbetering en lijkt een gunstige invloed van het project.

Na 1 jaar is de cliënten gevraagd een tevredenheidsoordeel te geven over het project. De hulpverlening is in de vorm van bereikbaarheid, ondersteuning, begeleiding, huisbezoek en effectiviteit van de projectmedewerkers uitgezet. De vragenlijst is na 1 jaar zorgcoördinatieproject afgenomen.

De cliënten zijn redelijk tevreden met de bereikbaarheid (dit is onder andere: telefonische bereikbaarheid en het maken van een snelle afspraak met de projectmedewerkers als dat nodig is), redelijk tevreden met de ondersteuning (goed geholpen voelen, ook in crisissituaties) en redelijk tevreden over hoe vaak en hoe lang het huisbezoek van de projectmedewerkers duurt. De cliënten geven te kennen enigszins tevreden te zijn met de begeleiding (dit is het contact met de projectmedewerkers en het overleg over de behandeling) en een klein beetje tevreden te zijn met de effectiviteit van het project (dit is de tevredenheid met betrekking tot de woonsituatie, de contacten met 'familie en vrienden' en dagingvulling).

Het gemiddeld aantal opnamen en het gemiddeld aantal opnamedagen dat de cliënten hebben gehad in het jaar voor het project zijn vergeleken met het jaar in het project. Het aantal opnamen voor en tijdens het project is gelijk. Het aantal opnamedagen tijdens het project is echter 50 % minder dan voor het projectjaar.

De naaste betrokkenen van de cliënten zijn vragen gesteld over: zorgen maken, aansporen en toezicht houden en de relatie van de betrokkene met de cliënt. Uit de betrokkenen evaluatie schaal na 1 jaar blijkt dat de belangrijke ander minder de behoefte heeft zich te bemoeien met de cliënten als het gaat om de gebieden: 'aansporen tot persoonlijk hygiëne' en 'aansporen om uit bed te komen'.

De naaste betrokkene van de cliënt is eveneens gevraagd naar de tevredenheid over het project. Deze vindt dat hij of zij na één jaar project meer bij de planning van de behandeling betrokken

wordt, dat de projectmedewerkers beter te bereiken zijn en dat de projectmedewerkers meer helpen met praktische zaken, dan de hulpverleners voor het project.

Twee cliënten nader bekeken

Cliënt A is een man, 35 jaar oud, die zelfstandig woont. Hij haalt regelmatig mensen in huis, omdat hij zich eenzaam voelt. Zijn ouders zijn gescheiden toen hij 8 jaar was. Zijn moeder heeft nog veel contact met hem en hij heeft af en toe contact met zijn vader. Cliënt is muzikant van beroep. Momenteel heeft hij een uitkering.

In de twee jaar voor het project heeft hij twee opnames gehad: 1 in deeltijdbehandeling en 1 op een afdeling voor langdurige resocialisatie (gemiddeld genomen gedurende 40 dagen).

Deze man wordt verwezen door een psychiater van de deeltijdbehandeling. Cliënt heeft regelmatig last van stemmen waar hij bang van wordt. Hij denkt dat mensen hem iets willen aandoen. Hij heeft regelmatig depressieve buien en ziet het leven dan niet meer zitten.

De behandelaar wil dat het zorgcoördinatie-project zich richt op het schoonmaken van het huis, de bezigheden overdag uitbreidt, de cliënt minder geld in één keer laat uitgeven en het contact bevordert met vrienden en familie.

In het eerste jaar hebben de zorgcoördinator en revalidatiewerker 10 keer contact met hem, gedurende 50 minuten. 5 keer is de cliënt niet thuis, terwijl er een afspraak is en 5 keer in dat jaar wordt er een poging door de medewerker ondernomen om de cliënt te zien zonder succes.

Het doel is vooral het leggen van contact met deze cliënt.

De cliënt zelf lijkt niet gemotiveerd voor behandeling. Zijn moeder blijkt het contact met de medewerkers niet te vertrouwen en staat niet toe dat de medewerkers haar zoon helpen. Zij zorgt nog steeds voor haar zoon.

De cliënt heeft op een gegeven moment gezegd dat de projectmedewerkers niet meer terug mochten komen. Vanaf dat moment heeft hij ze niet meer binnengelaten.

Uit onderzoek blijkt dat na 2 jaar project deze cliënt nog in dezelfde situatie verkeerd. Hij heeft wel wat meer contact gekregen met mensen van het Dagactiviteiten Centrum (DAC).

Het contact met de medewerkers is niet verder tot stand gekomen, maar hij is ook niet meer opgenomen geweest. De onderzoekers is het niet gelukt de cliënt vragen te stellen, hij weigerde het onderzoek.

Cliënt is uitgeschreven uit het project en overgedragen naar de behandelaar van de deeltijdbehandeling, die ongeveer 1 x per maand contact met hem heeft.

Conclusie is dat er geen opname heeft plaatsgevonden in de 2 projectjaren. Het gaat niet goed, maar ook niet slecht met de cliënt. Wel is duidelijk dat het project niet is aangeslagen bij de cliënt.

Cliënt B is een 41-jarige vrouw. Zij is in de 2 jaar vóór het project bijna een jaar op een afdeling voor langdurige resocialisatie opgenomen geweest. Na ontslag werd de nazorg verzorgd door het Riagg. Haar toenmalige psychiater hoorde van het project en heeft mevrouw aangemeld. Haar symptomen op dat moment zijn met name hallucinaties en achterdocht. De Riagg-psychiater zou willen dat ze hulp kreeg bij daginvulling, medicatiebeheer en huisvesting. De onderzoeker vraagt haar aan het begin van het project wat haar klachten op dat moment zijn en waar ze hulp bij zou willen. Zij klaagt erover dat ze slecht slaapt en zich vaak wat somber voelt. Zij zou graag wat meer dagelijkse bezigheden hebben en haar geldzaken beter geregeld zien. De revalidatiemedewerker komt vanaf dat moment wekelijks bij haar thuis en de zorgcoördinator één keer in de 1 of 2 maanden. Het eerste zorgplan (Goal Attainment Scaling) dat zij opstellen bestaat uit de probleemgebieden dagelijkse bezigheden, medicijnen, woonsituatie en hasj-verslaving.

Het is in het begin bij cliënte erg rommelig in huis, overal staan dozen en de keuken staat vol afwas. De revalidatiewerker steekt samen met de cliënte de handen uit de mouwen en gaandeweg is het steeds opgeruimd als één van de projectmedewerkers langskomt. Haar financiën worden ondergebracht bij de Stichting Inkomensbeheer (STIB). De wekelijkse controle op medicatiegebruik heeft tot gevolg dat cliënte regulier medicatie inneemt. Aan het einde van het eerste projectjaar geeft cliënt aan dat ze graag wil werken. De projectmedewerkers zeggen hun medewerking toe, maar cliënte zal zelf ook iets moeten doen voordat zij in actie komen. Cliënt rookt ongeveer 3 keer in de week een joint. De medewerkers gaan op dat moment onderhandelen met de cliënt om het hasj-gebruik te verminderen voordat zij vrijwilligerswerk gaan regelen. Na enige tijd is het hasj-gebruik gestopt en vrijwilligerswerk gerealiseerd. In de loop van het 2e projectjaar dreigt het even fout te gaan. Cliënt is op dat moment druk met haar vrijwilligerswerk en treft voorbereidingen voor het volgen van een opleiding. Een ruzie met haar vader is net even teveel. De revalidatiewerker treft op huisbezoek mevrouw angstiger en onrustiger dan normaal aan. In overleg met de cliënte en de zorgcoördinator wordt besloten tot een opname op het Krisis Centrum (KC) voor het weekend. Het is een opname uit voorzorg.

Na 2 projectjaren is er veel bereikt. Cliënte doet tot ieders tevredenheid vrijwilligerswerk, volgt een opleiding en gaat regelmatig met vrienden en kennissen uit. Zij is 3 dagen opgenomen geweest, terwijl ze in de 2 jaar voor het project bijna één jaar opgenomen is geweest. Deze cliënte is er nog niet, maar ze is met behulp van het project zeker op de goede weg!

Discussie

De meest opvallende uitkomst van het onderzoek is dat de klachten over het algemeen na 1 jaar gelijk blijven en dat het aantal opnamedagen gehalveerd is.

Uit een studie naar acht zorgcoördinatieprojecten in Amerika (Burns en Santos, 1995) blijkt bij vijf projecten ook een vermindering van het aantal opnamedagen gerealiseerd te worden. Bij eenzelfde aantal projecten verminderen de klachten en bij de helft verbetert het sociaal functioneren.

Uit ons onderzoek komt naar voren dat de cliënten in het jaar voor het project soms langdurig opgenomen zijn geweest op bijvoorbeeld een afdeling voor langdurige resocialisatie. Tijdens het project worden zij echter voor kortdurende crisisopvang in het Amsterdamse Krisis Centrum opgenomen. Mogelijk worden door de zorgcoördinator en revalidatiewerker eerder signalen opgevangen dat de klachten verergeren of dreigen te verergeren. De cliënt dreigt af te glijden en wordt als voorzorgsmaatregel tijdelijk in het Krisis Centrum opgenomen. Met het bieden van een veilige, prikkelarme omgeving of met het veranderen van medicatie (onder toezicht) kan afglijden voorkomen worden en hoeft de cliënt niet meer zoals vroeger langdurig op een resocialisatieafdeling te worden opgenomen. Een andere verklaring voor de korter opname duur kan zijn dat de cliënt in geval van opname dezelfde behandelaars, in dit geval de zorgcoördinator en revalidatiewerker, houdt. Zij komen elke dag kijken of de cliënt weer naar huis kan. Het rehabilitatieplan blijft gelijk en de cliënt hoeft niet te wennen aan nieuwe behandelaars.

De klachten en het sociaal netwerk blijven gelijk in het zorgcoördinatieproject, in tegenstelling tot een aantal projecten (Burns en Santos, 1995) waarbij de klachten verminderen en het sociaal netwerk wordt uitgebreid. Misschien komt dit doordat het aantal cliënten dat door de hulpverleners tegelijkertijd geholpen wordt nog te veel is. De projectmedewerkers leggen minder huisbezoeken af dan in de Amerikaanse projecten, waardoor minder revalidatietraining kan plaatsvinden. Tevens is het zo dat er in Amsterdam geen specifieke trainingscentra zijn waar hoogwaardige professionele rehabilitatie wordt geboden. Hierdoor staan de zorgcoördinator en revalidatiewerker (met een beperkt aantal uren) er alleen voor en zijn er wellicht te weinig mogelijkheden voor sociale training en het voorbereiden op werk.

Een belangrijke vraag is: wat doet de controle groep. Daarover zal later gerapporteerd worden.