

Diana Roeg | Margot Voogt | Marcel van Assen |
Henk Garretsen

De effecten van bemoeizorg

De resultaten van een onderzoek
bij Nederlandse bemoeizorgteams

De effecten van bemoeizorg

De resultaten van een onderzoek bij Nederlandse bemoeizorgteams

Diana Roeg

Margot Voogt

Marcel van Assen


Henk Garretsen

Tranzo, wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn



Colofon

Financiering

Dit project wordt mogelijk gemaakt door  **ZonMw**

Projectleiding

Diana Roeg

Projectuitvoering

Diana Roeg

Margot Voogt

Projectbegeleiding

Henk Garretsen

Met medewerking van

Marcel van Assen

In samenwerking met

Bemoeizorgteams in Tilburg, Eindhoven en Noordoost Brabant

Met dank aan

Peggy Emmerink

Ien van de Goor

Deze uitgave is te downloaden via www.tranzo.nl

Tranzo, Tilburg University

Warandelaan 2

Postbus 90153

5000 LE Tilburg

T: 013-4662969

Tranzo@uvt.nl

2012 Tranzo, Tilburg University

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van Tranzo

Inhoud

	Samenvatting	5
1	Inleiding	8
2	De onderzochte bemoeizorgteams	9
3	De cliënten	11
	Demografische kenmerken en reden voor aanmelding	11
	Ernst problematiek	13
	Relatie (binding) tussen hulpverlener en cliënt	15
	Problemen met doorverwijzen naar reguliere voorzieningen	16
	Kwaliteit van leven	16
4	De effecten van bemoeizorg	17
	Verbeteringen	17
	Omvang effect	17
	Waren er verschillen tussen teams?	21
	Klanttevredenheid	22
5	Na de bemoeizorg	24
	Reden beëindigen bemoeizorg	24
	Zes maanden na de bemoeizorg	25
6	Discussie en conclusie	26
	In een notendop	26
	Zijn dit goede resultaten?	26
	En in vergelijking met andere bemoeizorgprogramma's?	27
	Hoe zit het met de gevonden verschillen tussen de teams?	28
	Is bemoeizorg nu evidence based?	29
	Hoe nu verder?	30
	Bijlagen	
	I Een toelichting op de gebruikte onderzoeksmethode en statistische analyses	32
	II Gedetailleerde omschrijving van de bemoeizorgteams met de ICPC vragenlijst	37
	Gebruikte literatuur	40

Samenvatting

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 mee. 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 (programma) 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 kommervol 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 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 opgeklommen 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.

1 Inleiding

Bemoeizorgteams bieden ongevraagd hulp aan mensen die in zorgwekkende leefomstandigheden zijn gekomen en niet voor hulp aankloppen bij zorginstellingen. Het zijn bezorgde familieleden, burens, vrienden, maar ook woningbouwcorporaties, gemeenten of anderen die het initiatief nemen om de hulpverlening in te schakelen. Bemoeizorgers zoeken contact met deze mensen om uit te zoeken waar ze ondersteuning kunnen bieden. Dit kan gaan van het voorkomen van huisuitzettingen, het aanvragen van een schuldhulpverlening, verbetering van het sociale netwerk, tot het verbeteren van de hygiënische omstandigheden waarin iemand verkeert. Het uiteindelijke doel van bemoeizorg is om cliënten voor te bereiden op een doorverwijzing naar reguliere voorzieningen voor verdere begeleiding en/of behandeling. Een bemoeizorgteam bestaat uit (gespecialiseerde) HBO verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en/of sociaal pedagogisch werkers en komt voort uit een samenwerkingsverband tussen ondermeer de GGD, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, gehandicaptenzorg, maatschappelijk werk en maatschappelijke opvang.

Bemoeizorg in deze vorm bestaat nu ongeveer twee decennia. Effectonderzoeken naar vergelijkbare vormen van hulpverlening in het buitenland zijn veel gedaan maar lastig te vertalen naar de Nederlandse setting. Nederlands onderzoek heeft zich vooralsnog uitsluitend gericht op het Assertive Community Treatment (ACT): een zorgprogramma dat is overgenomen uit de VS [1, 2] en zich hoofdzakelijk richt op mensen met ernstige psychiatrische problematiek. Er is nog niet eerder onderzoek gedaan naar de effecten van de in Nederland ontwikkelde vormen van bemoeizorg. Dit is wel van belang omdat er in Nederland veel bemoeizorgteams zijn die op deze manier werken. De hierboven beschreven vorm van bemoeizorg komt veel voor.

Om de effecten van deze vorm van bemoeizorg vast te stellen is een ongecontroleerd effectonderzoek gedaan. Hieraan namen drie onafhankelijke bemoeizorgteams uit verschillende regio's die op deze manier werken deel. Dit waren de teams: 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. In totaal zijn gedurende het onderzoek van 523 cliënten gegevens verzameld. Gekeken werd naar de eigen ervaren kwaliteit van leven, ernst van de problematiek op verschillende leefterreinen (zoals middelengebruik, psychiatrische symptomen, sociale contacten en woonomstandigheden), 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 beëindigen van bemoeizorg en of cliënten tevreden waren met de ontvangen zorg. In dit rapport worden de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd.

2 De onderzochte bemoeizorgteams

De bemoeizorgteams die in dit onderzoek zijn onderzocht op hun effecten werken volgens hetzelfde format (programma). Ze richten zich op mensen die ondanks een schrijnende situatie door ernstige problemen op meerdere leefgebieden nog nergens zorg of begeleiding ontvangen. De doelgroep is breed en omvat naast mensen met psychiatrische problematiek bijvoorbeeld ook mensen met verslavingsproblemen en/of verstandelijke beperkingen. De teams zijn multidisciplinair en samengesteld uit mensen van verschillende organisaties. Het doel is om contact te krijgen met de

cliënten en hen met praktische hulp een korte periode te ondersteunen met het uiteindelijke doel hen bij reguliere voorzieningen te laten instromen. De teams richten zich in principe op volwassen cliënten.

De doelgroep is breed, de teams multidisciplinair. Het doel is om contact te krijgen en cliënten uiteindelijk bij de reguliere voorzieningen te laten instromen.

Dit type bemoeizorgprogramma onderscheidt zich van programma's zoals het ACT en casemanagement

welke zich van oorsprong richten op een meer homogene doelgroep van mensen met ernstige psychiatrische stoornissen en later ook op mensen met een verslaving [2-5]. Het ACT richt zich op een langdurende begeleiding en biedt tevens behandeling, waar bemoeizorg tijdelijke en met name praktische begeleiding biedt, gericht op doorverwijzing. Casemanagement, aan de andere kant, richt zich uitsluitend op de coördinatie van zorg en biedt zelf geen of weinig begeleiding of behandeling, waar bemoeizorg tot aan een doorverwijzing gedurende een aantal maanden juist wel zelf begeleiding biedt. Tot slot onderscheidt bemoeizorg zoals uitgevoerd in de hier onderzochte teams zich van lokale zorgnetwerken doordat men georganiseerd is als een team. Waar het bij lokale zorgnetwerken veelal gaat om informatie-uitwisseling en overleg over casus- en taakverdeling gaat het bij de hier onderzochte bemoeizorgteams om veel verdergaande samenwerking met ondermeer gezamenlijke dossiervoering, een teamcoördinator, hoog frequent teamoverleg en inhoudelijke casusbesprekingen. Zie Tabel 1 voor meer informatie over het format van de onderzochte bemoeizorgteams. De teams zijn aan het begin van het onderzoek in verder detail beschreven met een hiertoe ontwikkeld instrument: de ICPC. Een dergelijke gedetailleerde omschrijving van interventies is van belang in effectonderzoek voor de interpretatie van de resultaten en voor de kennisoverdracht nadien. De resultaten hiervan zijn te vinden in bijlage II.

Tabel 1 De onderzochte bemoeizorgteams: het format

Heterogene doelgroep	Mensen met ernstige problematiek op een of meerdere leefterreinen zoals wonen, sociale relaties, hygiëne en financiën horen tot de doelgroep. Bij deze mensen is vaak sprake van verslaving, psychiatrische problematiek en of een verstandelijke beperking. De cliënten hebben gemeenschappelijk dat ze ondanks een schrijnende of zorgwekkende situatie geen enkele vorm van professionele hulpverlening ontvangen.
Full services	Het bemoeizorgteam levert alle begeleiding zelf.
Praktische hulp	De geboden hulp bestaat voornamelijk uit contact leggen en praktische begeleiding
Ongevraagd en actief	Cliënten worden aangemeld bij het team door derden omdat er zorgen bestaan. De bemoeizorgers winnen actief informatie in over de cliënten en nemen het initiatief tot contact. Dit doen zij aanhoudend. Ook tijdens de bemoeizorg is er continu een actieve houding vanuit de bemoeizorgers.
In de eigen leefomgeving	Cliënten komen niet naar het kantoor van het team, maar het team zoekt ze thuis op.
Samenwerkingsverband	De hulpverleners komen van verschillende organisaties (waaronder verslavingszorg, Ggz, algemeen maatschappelijk werk, maatschappelijke opvang, instelling voor mensen met verstandelijke beperking, GGD) en werken samen als een team.
Multi disciplinair team	De medewerkers hebben verschillende ervaring en achtergrond. Het team bestaat ondermeer uit maatschappelijk werkers, HBO opgeleide (psychiatrisch) verpleegkundigen en sociaal pedagogisch werkers. Een psychiater en/of arts is betrokken met een consultfunctie.
Kortdurend	De begeleiding duurt een aantal maanden.
Doorverwijzing als einddoel	Zodra dit mogelijk is wordt de cliënt doorverwezen naar reguliere (ambulante) voorzieningen.

3 De cliënten

Demografische kenmerken en reden voor aanmelding

De gemiddelde leeftijd van de cliënten was 45,7 jaar en 66,1% was man (zie tabel 2). Een derde had kinderen en 17,7% had een partner. De meeste cliënten waren aangemeld bij de bemoeizorgteams door familie en vrienden, woningbouwcorporaties of gemeenten. Gemiddeld werden cliënten voor drie

probleemgebieden aangemeld, waarvan de meest voorkomende waren: financiële problemen, psychiatrische problemen en/of verslavingsproblematiek.

De gemiddelde leeftijd van cliënten was ruim 45 jaar en tweederde was man. Een derde had kinderen en bijna 18% een partner.

De cliënten van de verschillende bemoeizorgteams waren sterk vergelijkbaar ondermeer in geslacht, herkomst en het hebben van kinderen. Ook de aanmelders van de cliënten waren

hetzelfde. Wat (na toetsing) verschilde tussen de teams was de leeftijd: de cliënten van alle teams waren veertigers, maar de cliënten van team NOB waren gemiddeld net een paar jaar jonger. Verder hadden cliënten van team Eindhoven gemiddeld minder vaak een partner, was het aantal probleemgebieden dat aanmelders per cliënt noemen in team Eindhoven het hoogst en werden door de aanmelders bij dit team psychiatrische problemen, vervuiling/verwaarlozing, sociale problemen en dakloosheid vaker genoemd als probleemgebied. Andere probleemgebieden, zoals financiële problemen, verslaving en overlast werden in alle teams even vaak genoemd door de aanmelders.

Gemiddeld duurde het na de aanmelding iets meer dan twee weken voordat de bemoeizorg contact had met de cliënten en waren er daarvoor gemiddeld twee pogingen nodig. Gemiddeld ontvingen cliënten vervolgens zeven maanden begeleiding van de bemoeizorg.

Tabel 2 Kenmerken cliënten en probleemgebieden volgens de aanmelders

		Team Tilburg N=218	Team NOB N=202	Team Eindhoven N=103	Totaal N=523 (15.9)	Verschild tussen teams?*
Gemiddelde leeftijd (standaard deviatie)		47.1 (15.6)	43.4 (16.5)	47.0 (15.4)	45.7 (15.9)	Ja ($p=0,04$)
Man		67.9%	65.7%	63.1%	66.1%	Nee ($p=0,69$)
Niet Nederlands		13.4%	11.5%	20%	14.0%	Nee ($p=0,13$)
Heeft kinderen		36.9%	37.2%	39.6%	37.5%	Nee ($p=0,89$)
Heeft een partner		16.5%	23.4%	8.9%	17.7%	Ja ($p=0,01$)
Aanmelder						Nee ($p=0,30$)
Omgeving	Familie/ vrienden	20.8%	18.7%	8.9%	17.7%	
	Buren	2.3%	3.0%	2.0%	2.5%	
Semi professionals	Woningbouw- corporatie	17.1%	13.1%	18.8%	15.9%	
	Gemeente	15.7%	9.0%	18.4%	13.6%	
	Politie	6.5%	14.6%	12.9%	10.9%	
	School/ werk	0.0%	5.0%	1.0%	2.1%	
	Zorg professionals	Huisarts	6.9%	9.1%	6.9%	7.8%
	Algemeen maatschappelijk werk	8.8%	7.1%	5.9%	7.6%	
	Verslavingszorg	2.8%	6.6%	6.9%	5.0%	
	Geestelijke gezondheidszorg	2.3%	7.6%	4.0%	4.7%	
	Samenwerkings- verband	5.5%	2.0%	0.0%	3.1%	
	Ander bemoeizorgteam	2.3%	2.0%	3.9%	2.6%	
	Maatschappelijke opvang	1.4%	3.5%	3.0%	2.5%	
	Jeugdzorg	1.4%	1.5%	2.0%	1.6%	
	Zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking	1.4%	0.5%	0.0%	0.8%	
	GGD	0%	1.0%	1.0%	0.6%	
Overig	Overig	11.1%	10.9%	9.7%	10.7%	
Probleemgebied volgens aanmelder (gemiddeld aantal en standaard deviatie rechts, type onder)		2.7 (1.2)	3.1 (1.6)	3.7 (1.4)	3.1 (1.4)	Ja ($p=0,00$)
Financieel		51.6%	45.8%	50.0%	49.1%	Nee ($p=0,47$)
Psychiatrisch		32.6%	44.8%	64.1%	43.5%	Ja ($p=0,00$)
Verslaving		39.5%	44.3%	49.5%	43.4%	Nee ($p=0,23$)
Vervuiling/verwaarlozing		38.6%	29.4%	46.6%	36.6%	Ja ($p=0,01$)
Sociaal		19.5%	41.8%	45.6%	33.3%	Ja ($p=0,00$)
Dagbesteding		24.2%	31.3%	26.2%	27.4%	Nee ($p=0,25$)
Overlast		21.4%	24.4%	19.4%	22.2%	Nee ($p=0,58$)
Lichamelijk		16.3%	18.4%	17.5%	17.3%	Nee ($p=0,85$)
Dakloosheid		13.0%	11.9%	28.2%	15.6%	Ja ($p=0,00$)
Verstandelijke beperking		11.6%	10.4%	6.8%	10.2%	Nee ($p=0,41$)
Juridisch		3.7%	8.5%	5.8%	6.0%	Nee ($p=0,12$)
Overig		2.8%	3.5%	5.8%	3.7%	Nee ($p=0,40$)

*Met statistische toetsen (F toets en Chi kwadraat) kan nagegaan worden of de verschillen tussen de teams significant zijn. Wanneer dit het geval is, kan er geen sprake van toeval maar kunnen we er zeker van zijn dat er op dat punt inderdaad verschillen zijn tussen de cliëntengroepen van de teams.

Ernst problematiek

De ernst van de problematiek van alle cliënten werd voor dit onderzoek door de bemoeizorgers in kaart gebracht met een probleeminventarisatielijst (HoNOS) [6, 7]. Problemen op verschillende leefgebieden werden hiermee door de hulpverleners op hun ernst beoordeeld op een schaal van 0 (geen problemen) tot en met 4 (ernstige tot zeer ernstige problemen), waarbij een score van 2 of hoger op een gebied indiceerde dat er actie nodig was.

De totaalscore op de HoNOS kan variëren van 0 tot en met 48. Hoe hoger de score, hoe ernstiger de problematiek. De cliënten scoorden gemiddeld 14,58 (zie Tabel 3). Deze score was vergelijkbaar met die van psychiatrische patiënten in dagbehandeling gemeten in een ander onderzoek [6] en hoger (slechter) in vergelijking met cliënten van bemoeizorg- en ACT teams in Engeland [8].

De problematiek van bemoeizorgcliënten was bij de start van een bemoeizorgtraject qua ernst vergelijkbaar met die van psychiatrische patiënten in dagbehandeling.

Tabel 3: Situatie van cliënten bij aanvang van een bemoeizorgtraject per team (totaalscores)

		Gemiddelde totaalscore (standaard deviatie)	Aantal cliënten	Significante verschillen tussen teams?
Ernst problematiek	Totaal	14,58 (6,63)	518	Ja ($p=0,00$)
	Team Tilburg	12,44 (5,70)	217	
	Team NOB	17,06 (6,86)	199	
	Team Eindhoven	14,26 (6,42)	102	
Relatie (binding) tussen hulpverlener en cliënt	Totaal	40,65 (9,41)	498	Ja ($p=0,00$)
	Team Tilburg	43,82 (7,96)	207	
	Team NOB	38,94 (9,55)	192	
	Team Eindhoven	37,32 (10,03)	99	
Problemen met doorverwijzen naar reguliere voorzieningen	Totaal	2,83 (3,39)	514	Ja ($p=0,00$)
	Team Tilburg	1,68 (2,51)	215	
	Team NOB	3,76 (3,83)	198	
	Team Eindhoven	3,44 (3,41)	101	
Kwaliteit van leven	Totaal	3,85 (0,98)	335	Nee ($p=0,21$)
	Team Tilburg	3,88 (0,99)	141	
	Team NOB	3,76 (1,01)	142	
	Team Eindhoven	4,04 (0,87)	52	

Score interpretatie: ernst problematiek: en problemen met doorverwijzen: hoe hoger de score, hoe ernstiger de problematiek; relatie (binding) en kwaliteit van leven vice versa: hoe hoger de score, hoe gunstiger het beeld.

Als wordt gekeken naar de aparte leefgebieden van de HoNOS kunnen we iets zeggen over waar de cliënten de meeste problematiek hebben. Zowel de *gemiddelde item score* als het *percentage met een score van 2 en hoger* (dit betreft problematiek waar actie op nodig is) laten zien dat de problemen voor de meeste cliënten in de onderzochte teams bij aanvang lagen op de subschaal ‘sociale problemen’: sociale contacten, ADL activiteiten, woonomstandigheden en beroep/dagbesteding. Dit gold ook voor middelengebruik (alcohol, drugs en medicatie) (Tabel 4).

De problemen lagen voor de meeste cliënten in de bemoeizorgteams op de subschaal ‘sociale problemen’: sociale contacten, ADL activiteiten, woonomstandigheden en beroep/dagbesteding.

Tabel 4: Ernst problematiek van de cliënten bij aanvang van de bemoeizorgteams per leefgebied

HoNOS subschaal	HoNOS items	Gemiddelde item score (standaard deviatie)	<i>Ter vergelijking: normscores uit de psychiatrie¹</i>	Percentage met een score van 2 en hoger	Percentage met een score van 4
Gedragsproblemen	1. Hyperactief en agressief gedrag	0,80 (1,24)	<i>0,62</i>	23,7	5,8
	2. Zelfverwonding	0,15 (0,59)	<i>0,31</i>	4,7	0,8
	3. Alcohol, drugs of medicatie	1,63 (1,52)	<i>0,53</i>	50,0	15,4
Beperkingen	4. Cognitieve problemen	0,93 (1,26)	<i>0,93</i>	29,1	5,4
	5. Lichamelijke problemen	1,21 (1,39)	<i>0,95</i>	36,7	8,3
Symptomatologie	6. Hallucinaties en waanvoorstellingen	0,43 (1,09)	<i>1,03</i>	12,2	5,4
	7. Depressieve stemming	1,24 (1,23)	<i>1,12</i>	43,0	4,4
	8. Psychiatrie / gedrag overig	1,05 (1,47)	<i>1,57</i>	33,3	10,2
Sociale problemen	9. Sociale contacten	2,05 (1,34)	<i>1,55</i>	67,4	17,6
	10. ADL activiteiten	1,63 (1,37)	<i>1,03</i>	53,1	10,8
	11. Woonomstandigheden	1,85 (1,66)	<i>0,69</i>	54,0	25,1
	12. Beroep en dagbesteding	1,60 (1,47)	<i>1,16</i>	49,4	13,9

Score interpretatie: hoe hoger de score, hoe ernstiger de problematiek. Dikgedrukt de leefgebieden die het meest problematisch waren bij de cliënten van de bemoeizorgteams.

¹ Bron: [6] .

Problemen op het gebied van zelfverwonding en hallucinaties/waanvoorstellingen kwamen daarentegen het minst voor. Dit is onderscheidend voor deze doelgroep. In de vergelijking met een doelgroep uit de psychiatrie (cursief in de tabel) is namelijk te zien dat de problematiek daar juist wel meer lag bij hallucinaties / waanvoorstellingen en ook bij psychiatrie overig en juist veel minder lag op het terrein van de sociale problemen en middelengebruik.

Het *percentage met een score van 4* (laatste kolom in de tabel) laat zien dat de meest voorkomende ernstige problematiek de woonomstandigheden betrof. Een kwart van de doelgroep scoorde op dat leefgebied een 4, wat inhoudt dat er sprake was van een (dreigende) uithuiszetting, dakloosheid en/of het volledig ontbreken van basisvoorzieningen. Verder werd er veel ernstige problematiek met sociale contacten gezien, waarbij het gaat om ernstig en kommervol sociaal isolement (17%). Ook was er sprake van relatief veel ernstig middelengebruik (alcohol, drugs of medicatie), waarbij het bij een score 4 gaat om afhankelijkheid en volledige incapabel zijn door het gebruik (15%). Zelfverwonding, depressieve stemming, cognitieve problemen, hyperactief en agressief gedrag kwamen het minst voor op dit ernstnivo in deze doelgroep. Psychiatrie / gedrag overig kwam op dit ernstnivo voor bij 10% van de cliënten, wat indiceert dat ondanks dat het niet specifiek kenmerkend was voor de doelgroep (zoals we hierboven zagen), er wel bij een klein deel van de cliënten op dit gebied ernstige problematiek was.

Bij een kwart van de cliënten was er sprake van een (dreigende) uithuiszetting, dakloosheid of het volledig ontbreken van de basisvoorzieningen in de woonsituatie.

Relatie (binding) tussen hulpverlener en cliënt

De relatie tussen de hulpverlener en cliënt werd gemeten met de Engagement Measure [9]. Op deze vragenlijst moest de hulpverlener op een aantal indicatoren aangeven of een cliënt open stond voor de

begeleiding. Dit ging ondermeer over of de cliënt zich aan gemaakte afspraken hield, er een open atmosfeer was tijdens gesprekken, of een cliënt zijn persoonlijke emoties besprak met de begeleider en of een cliënt meewerkte aan de begeleiding. De totaalscore kon variëren van 11-55, waarbij een score van 33 of meer een toenemende goede binding indiceerde. Gemiddeld

Cliënten stonden aan het begin van het bemoeizorgtraject open voor begeleiding.

scoorden de cliënten van de teams met 40,65 ruim boven dit afkappunt op deze schaal bij aanvang van de bemoeizorg (zie Tabel 3 hierboven). Dit betekent dus dat de cliënten van de bemoeizorgteams, ondanks dat dit meestal niet is wat men verwacht van bemoeizorgcliënten, aan het begin van een bemoeizorgtraject open stonden voor begeleiding. Er was wat verschil tussen teams: bij alle teams zat de gemiddelde score boven het afkappunt van 33 en was er dus sprake van goede binding, maar de gemiddelden van de teams varieerden significant iets: van 37,32 tot 43,82.

Problemen met doorverwijzen naar reguliere voorzieningen

Er werd door de hulpverleners tevens bijgehouden in welke mate er problemen waren met doorverwijzen tijdens de bemoeizorg. Dit werd gedaan met een korte vragenlijst die speciaal voor dit onderzoek is ontwikkeld. Hierop werd aangegeven of het problemen gaf om met andere instellingen en instanties afspraken te maken en of de cliënt zelf zich aan de afspraken hield. Totaalscores konden variëren van 0 (geen probleem) tot en met 12 (ernstig probleem). Gemiddeld scoorden de cliënten op deze lijst een 2,83, zoals te zien is in tabel 3 hierboven. Er was significant verschil tussen de teams in de problemen met doorverwijzen naar reguliere voorzieningen, waarbij de meeste problemen werden ervaren bij de cliënten in team NOB.

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven werd gemeten met de Mansa: een door de cliënt zelf in te vullen vragenlijst [10, 11]. Aan verschillende onderdelen van het leven, zoals werk, financiën, vriendschappen en woonomstandigheden, gaven cliënten hierop een score van 1 (kan niet slechter) tot en met 7 (kan niet

*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*

beter). Alle cliënten die dit konden (begrepen) en wilden vulden deze lijsten in. De cliënten scoorden gemiddeld 3,85 bij de start van een bemoeizorgtraject. Dit is een stuk lager dan een gezonde populatie: 5,3 [12]. Daarnaast is dit lager dan in onderzoeken onder bemoeizorg- en ACT cliënten in Engeland en ACT cliënten in Nederland,

waar men gemiddeld tussen de 4,2 en 4,7 scoorde [8, 10, 13]. Ook was de score van de bemoeizorgcliënten lager dan bij klinische patiënten met schizofrenie die voor de eerste keer werden opgenomen (4,6) en vrouwen met een alcoholverslaving (4,4). Dit indiceert dat bemoeizorgcliënten van deze teams hun kwaliteit van leven relatief als laag ervoeren. Er was geen significant verschil tussen de teams in hoe de cliënt hun kwaliteit van leven ervoeren.

4 De effecten van bemoeizorg

Verbeteringen

De situatie van de cliënten is op het moment van afsluiten bij de bemoeizorg en zes maanden hierna tijdens een follow up nogmaals in kaart gebracht. Op die manier kon gekeken worden of en welke vooruitgang cliënten boekten gedurende de bemoeizorg en of deze vooruitgang zes maanden na de afsluiting behouden werd.

Cliënten verbeterden op alle gebieden: 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. Dit betekent dat bemoeizorg op al deze gebieden effect sorteerde. De omvang van het effect verschilde. De grootste effecten had bemoeizorg op de kwaliteit van leven en daarna op de ernst van de problematiek. De ernst van de problematiek nam na beëindigen van bemoeizorg bovendien nog verder af.

Cliënten verbeterden op alle gebieden tijdens de bemoeizorg.

Omvang effect

Om een indruk te krijgen van de omvang van de effecten is gekeken naar de effectgrootte [14]: dit is een standaardmaat waarmee de effecten van verschillende soorten zorg of interventies op (sociaal) medische gebieden vergeleken kunnen worden. Vanaf 0,80 is een effect van een interventie of bepaald type zorg groot (groter dan gemiddeld), rond 0,50-0,60 is een effect middelgroot, onder de 0,20 is een effect klein.

De kwaliteit van leven van de cliënten scoorde bij start gemiddeld 3,85 en was naar 4,60 gestegen bij de afsluiting en 4,63 bij de follow up (Figuur 1; d staat voor effectgrootte). De effectgrootte was 0,81 op het moment van afsluiting en 0,92 bij de follow up. Dit betekent dat er sprake was van een groot

effect van bemoeizorg op de door de cliënten zelf ervaren kwaliteit van leven. Het effect hield aan tot in ieder geval zes maanden na de afsluiting.

Bemoeizorg had een groot effect op de door de cliënten zelf ervaren kwaliteit van leven.

Fig. 1 Kwaliteit van leven

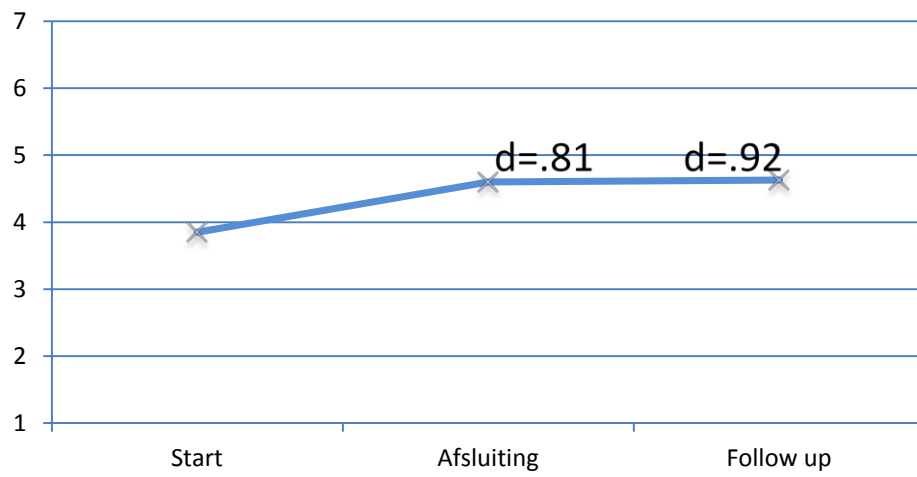
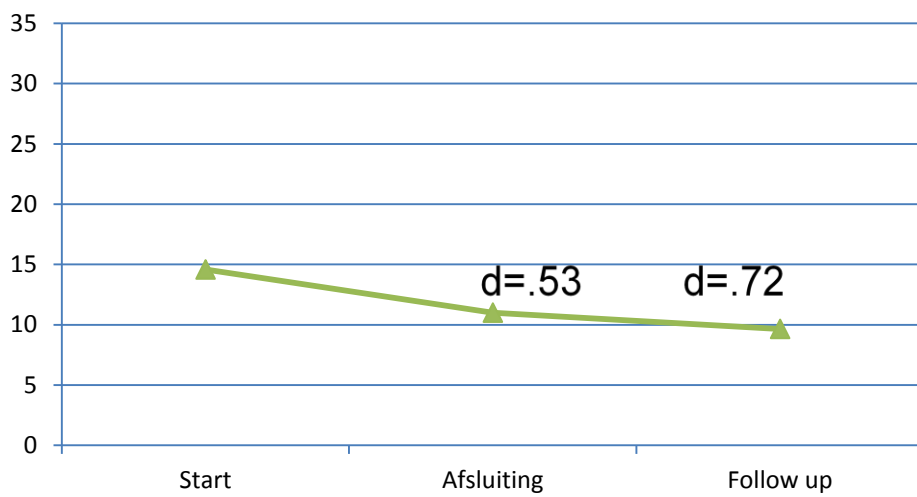


Fig. 2 Ernst problematiek



De ernst van de problematiek was gemiddeld 14,58 bij de start en daalde naar 11,00 bij de afsluiting tot 9,65 bij de follow up (Figuur 2). De effectgrootte was hier 0,53 respectievelijk 0,72. Dit geeft aan dat bemoeizorg een middelgroot effect had op de ernst van de problematiek

en dat dit effect verder doorzette tot (minstens) zes maanden na afsluiting van de bemoeizorg.

Bemoeizorg had een middelgroot effect op de ernst van de problematiek; dit effect zette verder door na afsluiting.

De relatie (binding) tussen de cliënt en de bemoeizorger verbeterde gedurende de bemoeizorg gemiddeld van 40,65 bij de start naar 42,37 bij afsluiting (Figuur 3). Dit is een klein effect ($d=0,16$). Bij de follow up is de relatie niet gemeten want dan hebben de cliënten geen begeleidingscontact meer met de bemoeizorger(s). De problemen met doorverwijzen namen gedurende het bemoeizorgtraject af van 2,83 bij de start naar 2,11 bij de afsluiting. Net als bij de relatie met de bemoeizorger is er sprake van een klein effect.

Bemoeizorg had tevens een klein effect op de relatie (binding) tussen cliënt en hulpverlener & op de problemen met doorverwijzen naar reguliere voorzieningen.

Fig. 3 Relatie (binding) client-hulpverlener

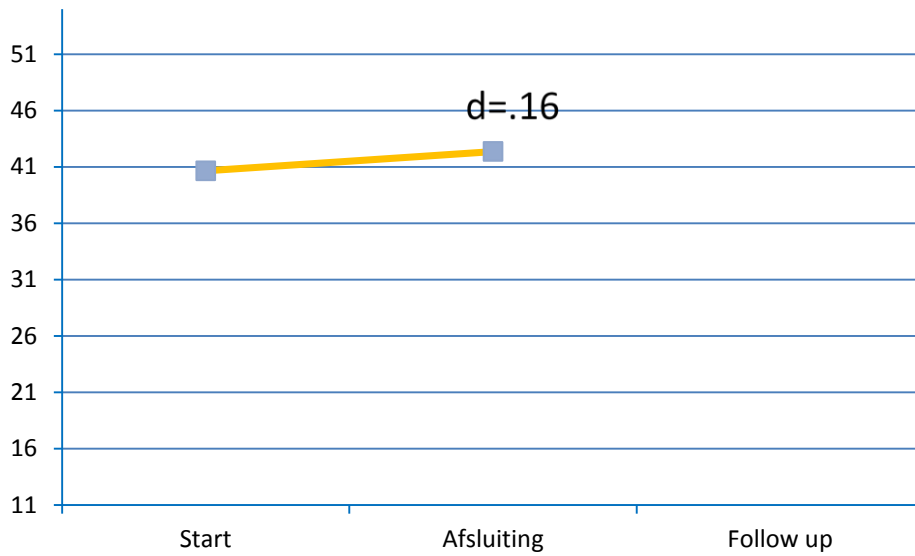
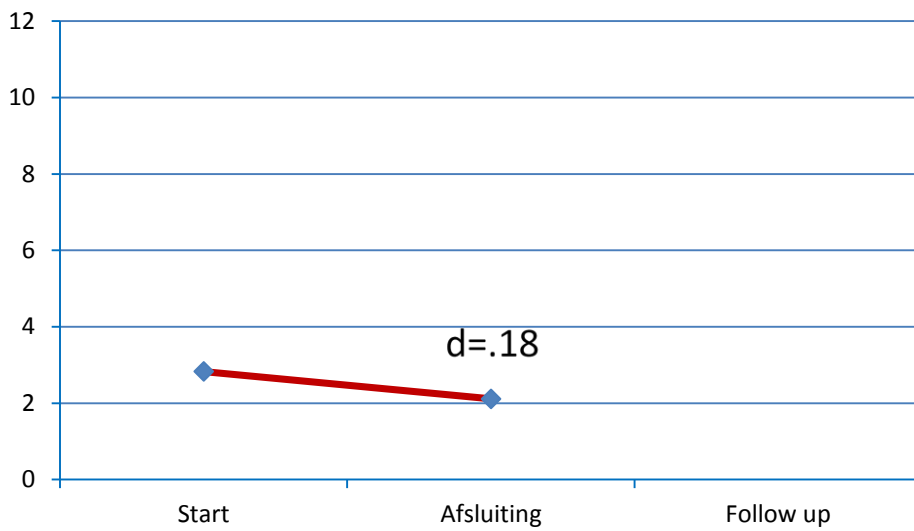


Fig. 4 Problemen met doorverwijzen



Waren er verschillen tussen teams?

Om een algemene uitspraak te kunnen doen over de effecten van bemoeizorg is het nodig om te kijken of er verschillen zijn tussen de drie teams in effect. Om eerlijk te kunnen vergelijken moet dan eerst gecorrigeerd worden voor aanwezige verschillen in de cliëntensamenstelling tussen de teams. Zo zagen we in hoofdstuk 3 bijvoorbeeld dat er verschil was tussen de teams in het aantal cliënten met een partner. Dit was het hoogst in team NOB (23,4%) en het laagst in team Eindhoven (8,8%). Deze verschillen kunnen invloed hebben op de verbeteringen in kwaliteit van leven die niet per se te maken

In alle teams verbeterden de cliënten op ernst problematiek, problemen met doorverwijzen en relatie (binding) hulpverlener-client in gelijke mate.

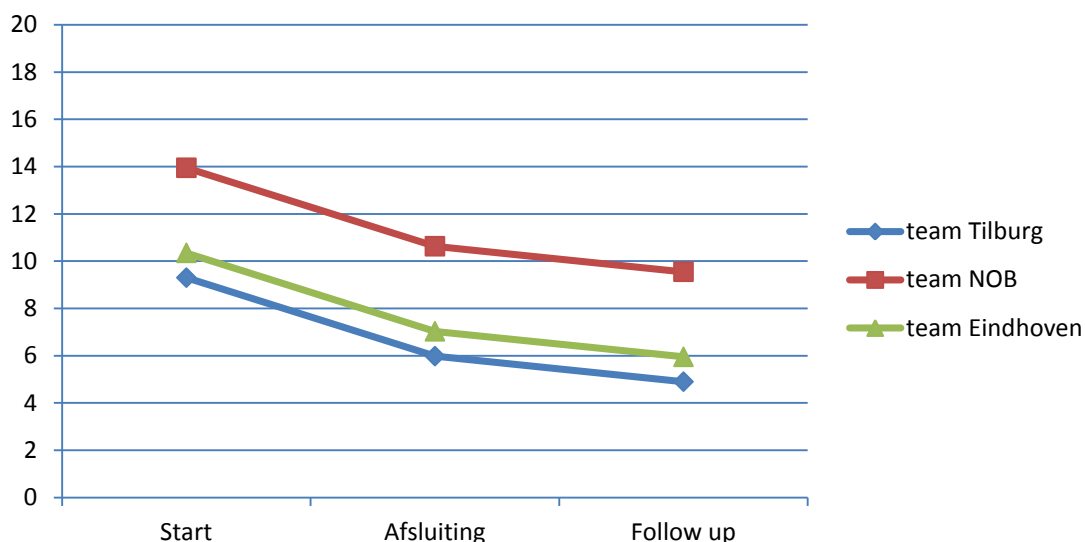
hebben met de geleverde zorg. Met een specifieke statistische analysetechniek kun je dit effect uitsluiten. Dit is gedaan voor alle gevonden verschillen tussen de teams in cliëntensamenstelling.

Na deze correctie was de effectgrootte op alle uitkomstmaten met uitzondering van de kwaliteit van leven bij alle teams gelijk.

Dat wil zeggen dat de verbetering in de situatie van de cliënten in alle teams van gelijke omvang was en dus de effecten van de

bemoeizorg voor elk team hetzelfde. In figuur 5 is dit inzichtelijk gemaakt voor de ernst van de problematiek. Ondanks verschillen in startnivo van cliënten tussen teams, was de verbetering in hun situatie van gelijke grootte. De problematiek nam in alle teams bij de cliënten af en deze afname zette verder door tot minstens tijdens de follow up meting 6 maanden na de afsluiting.

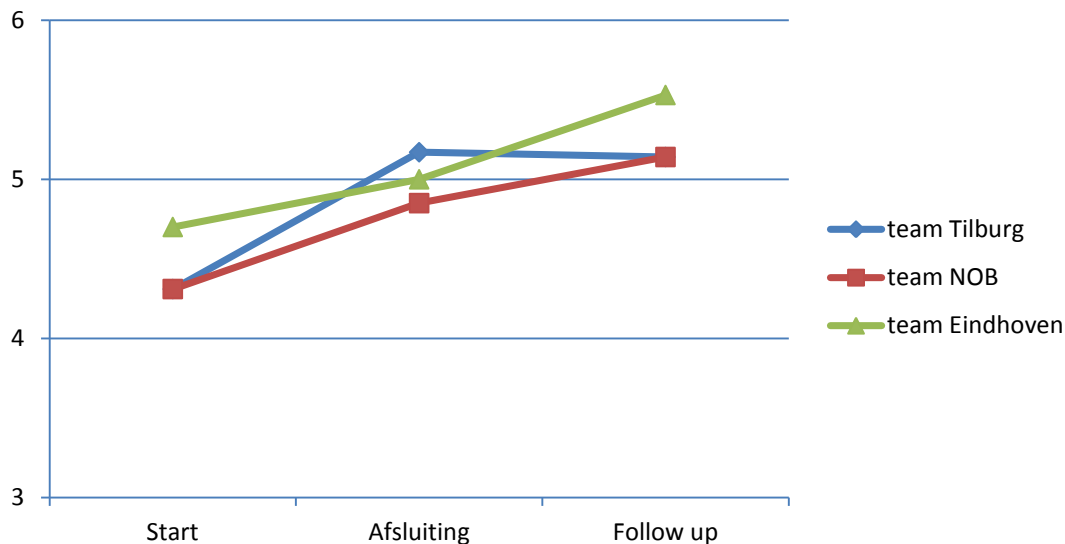
Fig. 5 Ernst problematiek: Geen verschil in effect tussen teams



Bij de kwaliteit van leven was dit iets anders. De verbeteringen waren verschillend van omvang. De verbetering tussen start en afsluiting (tijdens de bemoeizorg) was het grootst bij team Tilburg (0,86) en het kleinst bij team Eindhoven (0,30) (Figuur 6). Bij de follow up bleek dit nivo nagenoeg gehandhaafd voor team Tilburg. Bij team NOB en Eindhoven verbeterde de kwaliteit van leven na de afsluiting tot aan de follow up nog verder, waardoor uiteindelijk de totale verbetering in kwaliteit van leven voor de cliënten van alle teams gelijk was (0,83). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de bevindingen voor team Eindhoven niet met heel veel zekerheid zijn, gezien de kleine aantallen cliënten waarvoor er vragenlijsten over kwaliteit van leven waren tijdens de follow up.

Cliënten verbeterden op kwaliteit van leven tijdens de bemoeizorg in het ene team sterker dan in het andere team.

Fig. 6 Kwaliteit van leven: Verschillen tussen teams



Klanttevredenheid

Bij het beëindigen van de bemoeizorg is cliënten gevraagd een vragenlijst in te vullen over klanttevredenheid: de GGZ thermometer [15]. Hierop geven cliënten hun waardering aan op een viertal onderwerpen: verstrekte informatie, mogelijkheid tot inspraak, hulpverlener en resultaten. Daarnaast geven ze een rapportcijfer voor de ontvangen zorg. Gemiddeld gaven de cliënten een 8,41 aan de bemoeizorg (Tabel 5). Voor de vergelijking: dit is een punt hoger dan dat ambulante cliënten uit de GGZ en verslavingszorg hun ontvangen zorg waardeerden [15]. Van de bemoeizorgcliënten gaf 97,7% een voldoende. Het laagst gegeven cijfer dat de bemoeizorgcliënten gaven was een 3 (0,8%) en het hoogste cijfer een 10

Cliënten gaven de bemoeizorg een gemiddeld rapportcijfer van ruim een 8.

(20,2 %). Op de vier onderwerpen waren de gemiddelde scores van de bemoeizorgcliënten (kan variëren van 1 tot en met 3; hoe hoger hoe beter) tussen de 2,34 en 2,83. In vergelijking met ambulante cliënten uit de GGZ en verslavingszorg (cursief in de tabel) scoorden de bemoeizorgcliënten op 2 schalen iets lager (informatie en hulpverlener) en op 2 schalen iets hoger (inspraak en resultaten).

Tabel 5 Cliënttevredenheid met de bemoeizorg

	Aantal cliënten	Gemiddelde (Standaard deviatie)	<i>Ter vergelijking: normscores bij ambulante cliënten^a</i>
Subschalen			
Informatie	127	2,34 (0,43)	<i>2,49 (0,68)</i>
Inspraak	120	2,83 (0,40)	<i>2,58 (0,58)</i>
Hulpverlener	129	2,56 (0,16)	<i>2,82 (0,43)</i>
Resultaten	124	2,75 (0,44)	<i>2,49 (0,67)</i>
Rapportcijfer	129	8,41 (1,20)	<i>7,4 (1,5)</i>

^a Onderzoek onder 622 ambulante cliënten van Riaggs, fusie-instellingen en verslavingzorg [15]
Hoe hoger de score, hoe beter

5 Na de bemoeizorg

Reden beëindigen bemoeizorg

Bij het beëindigen van een bemoeizorgtraject werd voor elke cliënt geregistreerd wat de reden was voor de afsluiting. Bij tweederde van de cliënten was de reden dat ze werden doorverwezen, en bij nog een klein aantal cliënten was de reden dat ze gedwongen werden opgenomen, of detentie of TBS kregen (Tabel 6). Een tiende had geen bemoeizorg of reguliere zorg meer nodig omdat het inmiddels goed genoeg met ze ging. En ook rond een tiende raakte uit beeld en was niet meer te traceren of bleef de bemoeizorg aanhoudend weigeren.

Tabel 6 Reden van beëindigen bemoeizorg

Reden	Percentage
1 Doorverwezen naar / overgedragen aan reguliere zorg	62,3
2 Cliënt is gedwongen opgenomen	2,7
3 Cliënt zit in detentie / TBS	0,5
4 Begeleiding van bemoeizorg / regulier zorg niet meer nodig	13,4
5 Cliënt is uit beeld / niet meer te traceren	4,5
6 Cliënt blijft begeleiding van bemoeizorg weigeren	7,2
7 Anders ^a	9,4
Totaal	100,0

^a Anders: o.a. overleden, verhuisd, reeds elders in zorg, elders vinger aan de pols contact

Van de cliënten die werden doorverwezen ging het in de meeste gevallen om een verwijzing naar de GGZ (21%) of verslavingszorg (15%). Daarnaast werden cliënten verwezen naar het maatschappelijk werk (8%), de maatschappelijke opvang (8%) of de gehandicaptenzorg (6%). Soms werden cliënten doorverwezen naar de huisarts (4%) en heel zelden naar de jeugdzorg (1%). Het overige deel werd

naar een andere soort instelling/instantie doorverwezen, zoals bewindvoering, thuiszorg, zorgboerderij of verpleeghuis. Een aantal cliënten werd naar meer dan 1 instelling tegelijk doorverwezen.

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 de bemoeizorg

Tijdens de follow up 6 maanden na de bemoeizorg is gekeken of de cliënten op dat moment nog in zorg waren en zo nee wat daar de reden voor was. Als ze nog in zorg waren is door de bemoeizorger nagegaan of de cliënten daar therapietrouw waren. Van de cliënten was 63,8% nog in zorg en het overige deel niet. Van de cliënten die nog wel in zorg waren, was het merendeel (69%) therapietrouw, een kwart (23,2%) deels en het overige deel (7,7%) niet. Van de cliënten die niet meer in zorg waren tijdens de follow up, was de reden hiervoor dat het weer goed ging (41, 2%), de cliënt uit beeld/ niet meer te traceren was (17,5%), in detentie/ TBS zat (2,1%) of om een andere reden (39,2%) (waaronder: overleden, niet te committeren aan zorg, een derde partij houdt vinger aan de pols). Van de cliënten was er bij de follow up na 6 maanden voor 7,6% een heraanmelding gedaan bij het bemoeizorgteam.

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 dat in iets meer dan 40% omdat het weer goed met ze ging en in bijna 18% omdat ze uit beeld waren/niet traceerbaar.

6 Discussie en conclusie

In een notendop

In dit onderzoek is gekeken naar wat de effecten zijn van bemoeizorg. Cliënten van drie onafhankelijke teams uit verschillende regio's werden gedurende de bemoeizorg en tot zes maanden erna gevolgd.

De volgende effecten werden gezien:

- Groot effect op de kwaliteit van leven. De verbetering hield bovendien aan tot minstens 6 maanden na de afsluiting van de bemoeizorgtrajecten
- Middelgroot effect op de ernst van de problematiek. De verbetering zette bovendien door tot minstens 6 maanden na de afsluiting van de bemoeizorgtrajecten
- Klein effect op de relatie (binding) tussen hulpverlener en cliënt
- Klein effect op de problemen met doorverwijzen naar de reguliere voorzieningen

Er waren geen verschillen tussen teams in de aard en omvang van de effecten: in alle teams verbeterden de situatie van de cliënten op gelijke wijze voor wat betreft ernst problematiek, relatie en problemen met doorverwijzen. Uitzondering was kwaliteit van leven: deze verbeterde in alle teams, maar de omvang van de verbetering verschilde, waarbij de grootste verbetering tijdens de bemoeizorg werd gezien in team Tilburg. Cliënten verbeterden tot aan de follow up uiteindelijk in alle teams in gelijke mate. Cliënten waren relatief erg tevreden met de bemoeizorg en gaven de ontvangen begeleiding gemiddeld meer dan een 8. Minder dan 3% van de cliënten gaf de bemoeizorg een onvoldoende.

Zijn dit goede resultaten?

Het is een zeer goed resultaat dat er op ernst 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 de behaalde verbetering op deze terreinen van groot belang.

Juist omdat bemoeizorgcliënten een lage kwaliteit van leven ervoeren en de ernst van de problematiek hoog was in vergelijking met andere groepen, is verbetering op deze terreinen van groot belang.

Daarbij is het een goed resultaat dat er op alle terreinen bij cliënten verbetering optrad. Er waren geen gebieden waarop cliënten geen verbeteringen lieten zien of waarop ze achteruit gingen. Zo werden er ook op de problemen met doorverwijzen en de relatie (binding) tussen cliënt en hulpverlener kleine, effecten gevonden. Deze uitkomsten zijn in proportie. Omdat, zoals we vonden in dit onderzoek, de cliënten al een relatief goede relatie hadden bij aanvang van een bemoeizorgtraject is dit een effect dat past bij de beperkte problematiek op dat gebied. Het zou goed kunnen dat dit hetzelfde geldt voor de problemen met doorverwijzen.

Verder is het zeer positief dat na de afsluiting van de bemoeizorg, die bestaat uit gemiddeld 7 maanden begeleiding, de effecten aanhielden of zelfs nog verder verbeterden. Dit betekent dat het ‘doorverwijzingsmodel’ zoals deze manier van werken ook wel eens genoemd wordt, goede resultaten liet zien. Cliënten vielen (tot tenminste 6 maanden nadien) niet terug nadat de bemoeizorg ophield en/of men doorverwezen was naar de reguliere voorzieningen.

En in vergelijking met andere bemoeizorgprogramma's?

We weten uit eerder onderzoek in Engeland dat er vergelijkbare verbeteringen in de ernst van de problematiek werden gevonden bij een Assertive Community Treatment team en bij een Community Mental Health team (CMHT) [8]. Een Nederlands onderzoek naar ACT voor mensen met vroeg-psychose problematiek liet iets kleinere, maar ook middelgrote effecten zien [16]. Dat indiceert dat de Nederlandse bemoeizorg zoals in het huidige project onderzocht is qua verbeteringen in de ernst van de problematiek net zo effectief is als de programma's die in Engeland en Nederland onderzocht zijn.

Verbeteringen in kwaliteit van leven werden in Engeland echter niet gezien [8]. Ditzelfde gold voor een Nederlands onderzoek naar het ACT programma [13]. Kleine effecten op kwaliteit van leven werden gevonden voor het Nederlandse ACT programma voor mensen met vroeg-psychose problematiek [16]. Dat maakt de resultaten van het hier onderzochte bemoeizorgprogramma uniek, vooral vanwege de grote omvang van de verbeteringen in de kwaliteit van leven. Een mogelijke verklaring voor de verschillende resultaten van de onderzoeken kan liggen bij een verschillend startnivo van de cliënten: de cliënten in dit onderzoek hadden bij aanvang een lagere kwaliteit van leven dan de cliënten van de Nederlandse en Engelse ACT teams en het Engelse CMHT. Verder is het denkbaar dat juist omdat deze doelgroep voorafgaand aan de bemoeizorg volledig buiten beeld was van de hulpverlening en er ook veel sociaal isolement bij deze doelgroep voorkomt, het contact hebben met iemand al veel goeds heeft gedaan.

*Deze effecten op de kwaliteit van
leven zijn voor
bemoeizorgprogramma's in Europa
uniek.*

Hoe zit het met de gevonden verschillen tussen de teams?

Het verschil in effect op kwaliteit van leven tussen de teams (team Tilburg een grotere verbetering gedurende de bemoeizorg), indiceert dat er in team Tilburg tot aan de afsluiting iets anders gebeurde dan in de andere twee teams dat voor het verschil zorgde dat in eerste instantie werd gezien. Tegelijkertijd gebeurde er bij de andere twee teams na afsluiting van de bemoeizorg, al dan niet in de reguliere voorzieningen waar men naar doorverwezen was, kennelijk iets dat het verschil weer gelijk trok. Het kan ook zijn dat de eenmaal tijdens de bemoeizorg ingezette verbetering bij de andere twee teams als katalysator heeft gewerkt voor de verdere verbetering in de kwaliteit van leven na afsluiting. Hoe dan ook, op welk moment de verbetering plaatsvond, zes maanden na de bemoeizorg hadden alle cliënten dezelfde verbetering bereikt.

Het werken met meerdere onafhankelijke teams uit verschillende regio's versterkt de bewijskracht van een onderzoek op het moment dat er vergelijkbare effecten worden gevonden. Dat is het geval in dit onderzoek. Op alle uitkomstmaten (problematiek, relatie met de hulpverlener, doorverwijzen en kwaliteit van leven) verbeterden de cliënten (uiteindelijk) evenveel bij alle teams. Dat er drie keer in drie verschillende teams vergelijkbare effecten worden gevonden is bemoedigend. Deze bevinding versterkt de aanname dat deze vorm van bemoeizorg effectief is.

Met de uitkomsten van de ICPC (de vragenlijst waarmee de teams in verder detail zijn omschreven en vergeleken) kunnen we in verder detail verklaringen zoeken voor de gevonden effecten. Deze informatie is van belang op het moment dat andere teams ook op deze manier willen gaan werken. De kenmerken waarop de teams overkomen zouden verklarend kunnen zijn voor de effecten. Voorbeelden hiervan zijn *Cliëntcontact in diens eigen omgeving* en *Praktische begeleiding*. En vice versa: de kenmerken waarop de teams sterk verschillen zouden wel eens van minder belang kunnen zijn voor de hier gevonden effecten van de bemoeizorg. Hiervan zijn voorbeelden het zich al dan niet richten op *Reductie van overtredingen en overlast*, het hebben van een *Afgebakende doelgroep*, het hebben van *Geregelde financiering* en *Samenwerking in de uitvoering* [tussen organisaties]. Zie voor meer hierover en de volledige ICPC uitkomsten in bijlage II. Voor teams die op dezelfde manier willen gaan werken zijn van belang: (i) het format zoals omschreven in hoofdstuk 2 en (ii) de kenmerken waarop de hier onderzochte teams overeenkomen.

De tevredenheid van cliënten was relatief groot. Gemiddeld kreeg bemoeizorg een punt meer dan GGZ en verslavingszorg in een ander onderzoek. Dit geeft aan dat cliënten de bemoeizorg, ondanks dat het om ongevraagde hulp ging, bijzonder waardeerden. In combinatie met de bevinding dat de relatie (binding) tussen hulpverlener en cliënt vanaf de start van de bemoeizorg vrij goed is (de cliënten waren gemiddeld goed ontvankelijk voor de begeleiding) kunnen we concluderen dat bemoeizorg door de cliënten ondanks dat het ongevraagde hulp is, niet ervaren wordt als opgedrongen hulp waar men

niet op zit te wachten. De resultaten indiceren dat de cliënten de actieve benadering die bemoeizorg kenmerkt waardeerden.

Is bemoeizorg nu evidence based?

In dit onderzoek werden middelgrote tot grote effecten gevonden van bemoeizorg op de ernst van de problematiek en de ervaren kwaliteit van leven. Is bemoeizorg, zoals de onderzochte teams die leveren, nu bewezen effectief? Hebben we te maken met een evidence based practice?

Evidence based practice (of medicine) verwijst volgens de meest gebruikte definitie naar het bewust, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van het best voorhanden zijnde bewijs bij het nemen en uitvoeren van medische beslissingen [17]. Hierbij spelen de resultaten uit effectonderzoek een belangrijke rol.

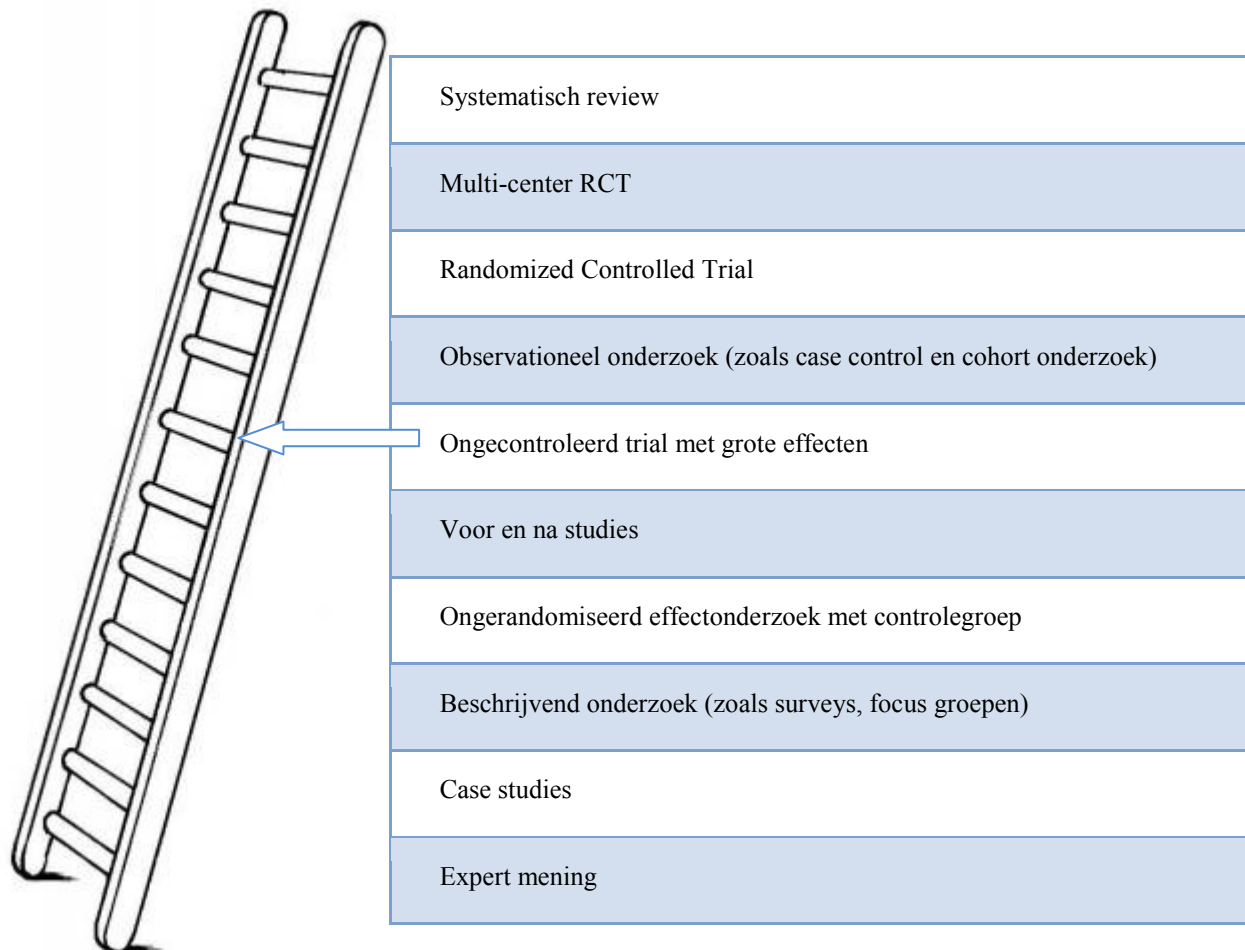
Effectonderzoek kan op verschillende manieren worden gedaan. De gekozen opzet bepaalt de kracht van het bewijs. Zo is het bewijs van een onderzoek onder een grote groep cliënten bijvoorbeeld sterker dan onderzoek bij enkele cliënten (de zgn. case study). Ook deelname van meerdere, onafhankelijke teams of organisaties draagt bij aan de bewijskracht (de zgn. multi site studie). Hetzelfde geldt voor een controlegroep: een groep cliënten die niet de begeleiding krijgt volgens het onderzochte zorgprogramma, maar bijvoorbeeld care as usual (gebruikelijke zorg) krijgt. Onderzoek kan op die manier in een hiërarchie van bewijskracht worden geplaatst. Hoe hoger in de hiërarchie, hoe sterker het bewijs. Maar ook: hoe hoger in de hiërarchie hoe ingewikkelder en duurder vaak het onderzoek is om uit te voeren. Ook kan het soms op ethische bezwaren stuiten om cliënten in een controlegroep in te delen. Het is daarom gebruikelijk dat er voor het bepalen van de effectiviteit van een zorgprogramma of ander soort interventie niet direct een onderzoeksopzet hoog in de hiërarchie wordt gekozen, maar er opbouwend te werk wordt gegaan. Er worden dan door de tijd verschillende onderzoeken gedaan, waarbij men streeft naar het opklimmen in de hiërarchie. De eerste indicatie komt van de experts, het summum van bewijskracht is het systematische review (hierin worden meerdere multi site RCTs naast elkaar gelegd. Als bij herhaling immers blijkt dat een zorgprogramma effect heeft, versterkt dit het bewijs dat het programma werkt.).

Bemoeizorg in deze vorm was nog niet eerder onderzocht met een trial, ondanks dat er veel teams in Nederland zijn die zo werken. Wel was er eerder onderzoek gedaan op case nivo [bijvoorbeeld 18, 19] en met behulp van een survey en focusgroepen onder experts [20, 21]. Nu, met het hier uitgevoerde onderzoek is bemoeizorg in de hiërarchie opgeklommen tot ongeveer daar waar de pijl is gezet in Figuur 6. Er is gewerkt met een trial, zonder controlegroep. Er waren bovendien meerdere

*De bewijskracht voor de effectiviteit van
bemoeizorg is nu redelijk sterk.*

onafhankelijke teams (centers) betrokken. Het is hiermee aangetoond dat werken volgens het format zoals de hier onderzochte teams dat deden een effectieve manier van bemoeizorg bieden is. De bewijskracht hiervoor is nu redelijk sterk.

Figuur 6 Bemoeizorg bewezen effectief: treden op de ladder



Bron: [22]

Hoe nu verder?

Met het nu uitgevoerde onderzoek is met redelijke zekerheid aangetoond dat bemoeizorg effect heeft. Het is daarmee een stap hoger op de ladder komen te staan qua bewijskracht. Dit betekent dat het interessant kan zijn voor andere teams om ook volgens dit format te gaan werken. Hiervoor is verspreiding van kennis relevant. Voor het verspreiden van kennis over de effectiviteit van interventies bestaan er verschillende databanken in Nederland. De twee bekendste, en hier meest relevante, zijn die van Movisie *Databank effectieve sociale interventies* en die van het RIVM *Loket gezond leven*. Voor beide databanken is een goede omschrijving of handboek van de interventie nodig. Daarnaast kent het *Loket gezond leven* van het RIVM een erkenningstraject dat begint met het niveau ‘goed beschreven’.

Hierna kan een interventie opklimmen naar de niveaus ‘theoretisch goed onderbouwd’, ‘waarschijnlijk effectief’ of ‘bewezen effectief’. In de databanken staat bemoeizorg nog niet vermeld. Wel staat het FACT programma in de *Databank effectieve sociale interventies* van Movisie. (FACT is een aangepaste vorm van het ACT programma en wordt inmiddels veel gebruikt in de Nederlandse psychiatrie). Van belang bij een goede omschrijving van of handboek voor deze vorm van bemoeizorg is tevens een omschrijving van de context (waaronder de reguliere zorgvoorzieningen en de samenwerkingsafspraken met lokale partijen) van belang. De beschrijvingen die gemaakt zijn met de ICPC bieden hier al redelijk wat informatie over (bijlage II) en zouden daarom, naast de algemene omschrijving van het format, ook opgenomen moeten worden in een goede omschrijving of handboek. De context is van belang omdat bemoeizorg geen eenduidige, uniforme methodiek is, maar bestaat uit een omvangrijke combinatie van organisatorische en zorginhoudelijke onderdelen. Lokale context is daardoor mogelijk mede bepalend voor het succes van een bemoeizorgteam. Een format voor bemoeizorg is niet een gouden formule die overal en altijd werkt, maar moet passen bij de lokale situatie[20, 23].

Nu de effecten gebleken zijn is het ook zinvol om bemoeizorg volgens dit format een eigen naam te geven. Er bestaan in Nederland veel verschillende vormen van bemoeizorg [21, 24]. In de praktijk heten deze teams of netwerken allemaal anders, zoals casemanagement, assertive outreach team, actieve zorgteams, OGGZ teams. Dit zorgt voor spraakverwarring. Een helder label voor elke eigen vorm van bemoeizorg zorgt voor meer duidelijkheid in het veld.

Met een randomized controlled trial (RCT) zou in de toekomst de werkzaamheid van deze vorm van bemoeizorg nog verder kunnen worden onderbouwd. Bij een RCT wordt gewerkt met een controlegroep. Cliënten worden dan op basis van loting (random) ingedeeld bij bemoeizorg of een alternatief zorgtraject. Het alternatief kan in het geval van een onderzoek naar bemoeizorg bestaan uit ‘care as usual’ (zoals reguliere zorg) of ‘niets doen’ (bijvoorbeeld op een wachtlijst plaatsen of alleen huisbezoeken brengen zonder praktische ondersteuning te bieden). Deze opzet vraagt echter om een gedegen aanpak, waar goed gekeken moet worden door bemoeizorgteams en onderzoekers samen naar de haalbaarheid en de ethische aspecten.

Met een randomized controlled trial zou in de toekomst de effectiviteit van bemoeizorg nog verder kunnen worden onderbouwd.

Bijlage I

Een toelichting op de gebruikte onderzoeksmethode en statistische analyses

Design

Het onderzoek was een ongecontroleerde effectstudie, multi sited. Drie onafhankelijke bemoeizorgteams uit verschillende regio's werden meegenomen. Zij leverden allen bemoeizorg volgens hetzelfde format. Alle cliënten die vanaf de start van het onderzoek bij deze teams instroomden in een bemoeizorgtraject werden voor het onderzoek gevolgd. Cliënten werden geïnccludeerd in de periode november 2008 tot april 2011 (n=523).

Meetinstrumenten

Met behulp van een hiertoe ontwikkeld instrument (de ICPC) [21] zijn alle relevante kenmerken van de betrokken teams in kaart gebracht. De uitkomsten hiervan geven een indicatie van de werkzame onderdelen van bemoeizorg in het format zoals het onderzocht is en zijn gebruikt om de gevonden verschillen en overeenkomsten in effect tussen de teams kwalitatief te verklaren. Een goede omschrijving van de onderzochte interventie is in een onderzoek van groot belang voor interpretatie en replicatie van de bevindingen. In bijlage II staan de resultaten van de ICPC meting.

Er is gekeken naar de volgende uitkomstmaten:

Ernst van de problematiek is gemeten met de HoNOS. Dit instrument wordt ingevuld door de hulpverlener na een routine inventarisatie en kent 12 items over: gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en sociale problemen. Deze items kunnen gescoord worden op een vijfpuntschaal van 0 (geen probleem) tot 4 (ernstig tot zeer ernstig probleem) [6, 7]. Om de interrater betrouwbaarheid te vergroten kregen de bemoeizorgers een training van een instructeur bij de start van het onderzoek en een herhalingstraining na zes maanden, zoals wordt aanbevolen in de literatuur [25]. De interne consistentie van de HoNOS was in eerder Nederlands onderzoek middelgroot (Cronbach's alpha 0,59 tot 0,76) [6].

De relatie (binding) tussen hulpverlener en cliënt werd gemeten met de Engagement Measure. Deze vragenlijst wordt ingevuld door de bemoeizorger en bestaat uit 11 items over: het nakomen van afspraken door de cliënt, de interactie tussen cliënt en hulpverlener, communicatie /openheid van de cliënt, het door de cliënt ervaren nut van de begeleiding en de medicatietrouw. Deze items worden gescoord op een vijfpunts schaal. De Engagement Measure liet goede interne consistentie zien in eerder onderzoek (Cronbach's alpha=0,89), inter-rater betrouwbaarheid (alpha=0,95) en test-hertest betrouwbaarheid (alpha=0,90) [9].

Problemen met doorverwijzen naar reguliere voorzieningen werden gemeten met 3 items die special voor dit onderzoek zijn opgesteld. Bemoezorgers gaven hierop aan op een vijfpunts antwoordschaal hoe gemakkelijk of moeilijk cliënten doorverwezen konden worden naar reguliere voorzieningen gedurende een bemoezorgtraject. Hierbij ging het zowel om de houding van de cliënt als om de drempels aan de aanbodkant. De Cronbach's alpha was 0,89 in deze studie.

Kwaliteit van leven werd gemeten met de Mansa. Dit is een vragenlijst die de cliënt invult en tevredenheid meet op 16 versschillende levensgebieden. De Mansa is gebaseerd is op de langere *Lancashire Quality of Life Profile*. De Mansa vragenlijst bestaat uit 12 items met een zevenpunts antwoordschaal die loopt van score 1 (kan niet slechter) tot 7 (kan niet beter) en 4 ja/nee items. De Cronbach's alpha was in eerder onderzoek 0,74 [10].

Deze uitkomstmaten werden gemeten bij de start van een bemoezorgtraject en bij de afsluiting van een bemoezorgtraject. Na zes maanden werden cliënten nogmaals opgezocht en werd de ernst van de problematiek en de kwaliteit van leven nog een keer gemeten. De metingen werden gedaan als onderdeel van routine registraties van de teams (routine outcome measurement). Na een passief informed consent werden cliëntgegevens anoniem meegenomen in de analyses.

Tot slot is tevredenheid met de bemoezorg gemeten met behulp van de GGZ thermometer [26]. Dit is een vragenlijst bestaande uit 16 items waarop de cliënt zijn tevredenheid met de informatie, inspraak, hulpverlener en resultaten van de ontvangen zorg aangeeft. De Cronbach's alphas van de schalen waren in eerder onderzoek 0,66; 0,79; 0,80 en 0,87 [26].

Analyses

Gemiddelden en standaard deviaties werden berekend voor alle uitkomstmaten bij de start (T0), afsluiting (T1) en follow up (T2) voor alle teams. De Cohen's *d* [27] werd berekend voor elk team op basis van de verandering vanaf de start voor elk team als maat voor de omvang van het effect. Na een aantal maanden vanaf de start van de studie is op basis van de dataset tot dan toe (N=27) met behulp van de Cohen's *d* een powercalculatie gedaan om het minimaal benodigd aantal cliënten in te schatten om met een power van 0,80 effecten te bepalen. Hieruit bleek dat er minimaal 16 (kwaliteit van leven) tot 42 (problemen met doorverwijzen naar de reguliere voorzieningen) cliënten nodig waren per team. In dit onderzoek zijn per team deze aantallen ruimschoots in het onderzoek betrokken, wat betekent dat de statistische power van de testen op effecten van de bemoezorg boven de 0,80 uitkomt.

De effecten van de bemoezorg op de uitkomstmaten zijn berekend met linear mixed modeling. Deze analysetechniek is op een aantal punten geschikter dan de meer traditionele methoden zoals repeated measures ANOVA and MANOVA [28]. Zo is linear mixed modeling robuuster voor missing values

en in tijd variërende covariaten, en is aangetoond dat deze techniek relatief weinig statistische fouten oplevert wanneer missende uitkomsten willekeurig optreden [29]. De hypthesen werden getest met behulp van de maximum likelihood van de procedure MIXED in SPSS 17.0. In alle analyses werd een ongestructureerde covariantiematrix geschat. De hypothesen werden getoetst in drie stappen. Ten eerste werd het hoofdeffect van de bemoeizorg op de uitkomstmaten getoetst, waarbij gecontroleerd werd voor team. Ten tweede werd getoetst of de effecten van de bemoeizorg gelijk was tussen teams door een interactie-effect toe te voegen aan het model. Ten derde werd in drie aparte analyses gekeken naar de invloed van verschillende predictoren op de uitkomsten: (i) cliënt karakteristieken (leeftijd, geslacht, etniciteit, het hebben van kinderen, het hebben van een partner), (ii) aanmelder van de cliënt, (iii) probleemgebieden bij aanmelding. De invloed van verslaving als predictor is getest met het corresponderende HoNOS item voor alle uitkomstmaten met uitzondering van de HoNOS zelf. In deze derde stap van de analyse zijn uitsluitend die predictoren aan het model toegevoegd die de verklaring van de uitkomstmaten verbeterde. Er is ook gekeken naar de verschillen tussen de drie teams voor wat betreft de predictoren.

Resultaten

In onderstaande tabellen staan de volledige resultaten van de analyses. In tabel A worden de gemiddelden, standaard deviaties en Cohen's d voor alle uitkomstmaten gepresenteerd. In tabel B staan de belangrijkste bevindingen van het definitieve model waarmee de effecten van bemoeizorg zijn getoetst. Er volgt een wetenschappelijk publicatie over de bevindingen. Hierin zullen ook de predictoren die zijn onderzocht nader worden omschreven.

Tabel A Gemiddelden, standaard deviaties, en Cohen's *d* voor alle uitkomstmaten op alle meetmomenten voor alle teams samen en per team apart

		T0		T1		T2			
		M (SD)	n	M (SD)	d	n	M (SD)	d	n
Ernst problematiek	Totaal	14.58 (6.63)	518	11.00 (6.97)	.53	404	9.65 (6.79)	.72	215
	Team Tilburg	12.44 (5.70)	217	8.44 (4.98)	.77	192	7.70 (5.25)	.80	127
	Team NOB	17.06 (6.86)	199	14.24 (7.68)	.35	148	12.71 (8.14)	.59	72
	Team Eindhoven	14.26 (6.42)	102	11.17 (6.79)	.44	64	11.38 (5.64)	.78	16
Relatie (binding) cliënt-hulpverlener	Totaal	40.65 (9.41)	498	42.37 (10.28)	.16	385	-	-	-
	Team Tilburg	43.82 (7.96)	207	45.57 (9.43)	.22	186	-	-	-
	Team NOB	38.94 (9.55)	192	40.40 (10.08)	.13	141	-	-	-
	Team Eindhoven	37.32 (10.03)	99	36.90 (10.00)	.05	58	-	-	-
Problemen met doorverwijzen	Totaal	2.83 (3.39)	514	2.11 (2.98)	.18	397	-	-	-
	Team Tilburg	1.68 (2.51)	215	1.23 (2.25)	.16	192	-	-	-
	Team NOB	3.76 (3.83)	198	3.02 (3.51)	.16	145	-	-	-
	Team Eindhoven	3.44 (3.41)	101	2.75 (2.84)	.25	60	-	-	-
Kwaliteit van leven	Totaal	3.85 (.98)	335	4.60 (.98)	.81	219	4.63 (.92)	.92	136
	Team Tilburg	3.88 (.99)	141	4.82 (.92)	1.04	115	4.79 (.94)	1.16	84
	Team NOB	3.76 (1.01)	142	4.31 (1.03)	.57	87	4.34 (.89)	.70	45
	Team Eindhoven	4.04 (.87)	52	4.57 (.85)	.76	17	4.71 (.35)	*	7

*Niet in tabel omdat slechts vijf cliënten een score hadden op zowel T0 als T2.

Tabel B Definitieve model van de linear mixed modeling analyses waarmee het effect van bemoeizorg op de uitkomstmaten is getoetst

	Problemen met doorverwijzen		Relatie (binding) cliënt-hulpverlener		Ernst problematiek		Kwaliteit van leven	
	B	ci	B	ci	B	ci	B	ci
Intercept	1.67***	.97–2.37	40.19***	38.08–42.30	9.30***	8.35–10.26	4.31***	4.13– 4.50
Team Tilburg	-1.01**	-1.67–-.36	5.87***	3.82–7.92				
Team NOB	.71*	.05–1.36	1.50	-.54–3.55	4.65***	3.65–5.64	-.05	-.26–.17
Team Eindhoven					1.05	-.21–2.31	.39*	.09–.68
T1	-.47***	-.76–-.18	1.14*	.26–2.01	-3.32***	-3.92– -2.71	.86***	.68–1.03
T1×team NOB							-.32*	-.58–.05
T1×team Eindhoven							-.56*	-1.03– -.09
T2					-4.40***	-5.19– -3.61	.83***	.64–1.01
T2×team NOB							-.25	-.55–.04
T2×team Eindhoven							-.31	-.88–.26
Psychiatrie	1.43***	.96–1.91	-2.95***	-4.47– -1.43	3.56***	2.63–4.49	-.38***	-.55– -.20
Ernst verslaving	.24**	.11–.38	-.38	-.80–.03			-.10***	-.15– -.05

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Er zijn geen interactie-effecten gevonden, met uitzondering van kwaliteit van leven. Ernst van de verslaving als predictor is gemeten met het corresponderende HoNOS item.

Non response analyse

Een non respons analyse is gedaan om de cliënten waarvan er op herhalingsmetingen (afsluiting en follow up) ingevulde vragenlijsten terug waren gekomen te vergelijken met de cliënten waarvoor dit niet het geval was. Er waren *bij de afsluiting van de bemoeizorg* geen significante verschillen tussen de respondenten en non respondenten voor wat betreft leeftijd, en ernst problematiek en kwaliteit van leven (als gemeten bij de start van de bemoeizorg). Wel waren er verschillen tussen de respondenten en non respondenten in relatie (binding) tussen hulpverlener en cliënt, en problemen met doorverwijzen. De omvang van deze verschillen waren klein tot erg klein ($\eta^2 = 0,008$ en $0,01$). Ditzelfde gold voor de *follow up*. Hier waren de verschillen klein ($\eta^2 = 0,03$ en $0,01$).

Bijlage II

Gedetailleerde omschrijving van de bemoeizorgteams met de ICPC vragenlijst

De ICPC is een vragenlijst die wordt ingevuld door de teamcoördinator en/of de medewerkers samen (één lijst per team) en bestaat uit items over vier domeinen: doelstellingen, organisatie, professionals en zorgproces. De bemoeizorgteams in dit onderzoek werken volgens hetzelfde format en verschillen niet op belangrijke kenmerken zoals die eerder in hoofdstuk 2 werden genoemd. De ICPC biedt de mogelijkheid om op meer detailniveau de kenmerken van de teams en de geleverde zorg te beschrijven. De items hebben een vijfpunts antwoordschaal van 0 tot 4, waarbij een hogere score betekent dat het betreffende kenmerk meer geldt voor het team waarvoor de lijst wordt ingevuld. De ICPC is gebaseerd op uitgebreid kwalitatief onderzoek waaraan 35 Nederlandse experts (managers en hulpverleners van verschillende soorten bemoeizorgteams) hebben bijgedragen en de ICPC is getoetst in een studie onder alle Nederlandse bemoeizorgprogramma's [21, 30].

De ICPC werd aan de start van het onderzoek ingevuld. De resultaten lieten zien dat er, zoals verwacht, veel overeenkomsten zijn tussen de teams (zie tabel C in deze bijlage). Bijvoorbeeld scoren alle teams hoog op de organisatorische uitgangspunten *Clïëntcontact in diens eigen omgeving*, *Registratie* en *Status van bemoeizorg*. En ook zijn ze in het zorgproces op veel punten vergelijkbaar en scoren ze hoog op de items: *Assertief en aanhoudend*, *Persoonlijk*, *Praktische ondersteuning*, *Zorgtoeleiding- en coördinatie en Outreach*. Ze scoren allen juist laag op *Drang en dwang*. Er waren verschillen tussen de teams op bijvoorbeeld de omvang van de aanstelling van de medewerkers: in team NOB werken er twee keer zoveel bemoeizorgers, maar het totaal aantal full time equivalents (fte's) is bij benadering gelijk aan dat van de andere teams (6,9 versus 6,2 en 6,5). Dit betekent dat in team NOB de medewerkers ieder minder uren hebben. Dit heeft deels te maken met het feit dat dit team bestaat uit 3 subteams die ieder een eigen regio bedienen. Verder heeft team Tilburg een kleiner aantal doelstellingen dan de andere twee teams (scoort op minder items een 3 of hoger). Verder zijn er bijvoorbeeld verschillen in scores tussen de teams in het zich richten op *Reductie van overtredingen en overlast*, het hebben van een *Afgebakende doelgroep*, het hebben van *Geregelde financiering* en *Samenwerking in de uitvoering* [tussen organisaties] (te zien aan de relatief hoge standaard deviaties).

De kenmerken waarop de teams sterk overeenkomen zijn mogelijk verklarend voor de in dit onderzoek gevonden positieve effecten. En vice versa: de kenmerken waarop de teams sterk verschillen (met een grotere standaard deviatie van bijvoorbeeld boven de 1) zijn mogelijk van minder belang.

Tabel C Kenmerken van de drie teams gemeten met de ICPC

	Team Tilburg	Team NOB	Team Eindhoven	Gemiddelde (standaard deviatie)
Achtergrondgegevens				
Opgericht in	2006	2005	2000	2004
Stad / dorp	Stad	Dorp	Stad	-
Caseload op willekeurig moment	300	236	102	212,67 (101,04)
Fte's	6,2	6,9	6,5	6,53 (0,35)
Aantal teamleden	9	18	9	12 (5,20)
Disciplines	HBO opgeleide (psychiatrisch) verpleegkundigen Sociaal pedagogisch werkers Maatschappelijk werkers Psychiater consultatief	HBO opgeleide (psychiatrisch) verpleegkundigen Maatschappelijk werkers Psychiater en arts consultatief.	Hoger en middelbaar opgeleide (psychiatrisch) verpleegkundigen Maatschappelijk werkers Psychiater en arts consultatief	-
Doelstellingen				
<i>Directe effecten</i>				
Maken en behouden contact	3,38	3,50	2,63	3,17 (0,47)
Juist gebruik van beschikbare zorg/voorzieningen stimuleren	2,38	2,50	2,63	2,50 (0,13)
Organisatorische doelstellingen	2,25	2,25	3,00	2,50 (0,43)
Tevredenheid cliënt, omgeving, stakeholders	2,50	3,00	3,00	2,33 (0,29)
<i>Lange termijn effecten</i>				
Sociaal functioneren	2,56	3,22	2,50	2,76 (0,40)
Klinische effecten	2,60	2,80	2,40	2,60 (0,20)
Reductie van overtredingen en overlast	1,80	3,20	4,00	3,00 (1,11)
Veiligheid	3,00	3,00	4,00	3,33 (0,58)
Sociale steun	2,50	3,00	4,00	3,17 (0,76)
Stabiliteit	3,00	2,00	3,00	2,67 (0,58)
Organisatie				
<i>Strategie</i>				
Afgebakende doelgroep	4,00	2,00	4,00	3,33 (1,15)
Heldere productomschrijving	2,50	2,50	3,00	2,67 (0,29)
Rol van drang	2,00	3,00	3,00	2,67 (0,58)
Nadruk op de kracht van de cliënt	2,75	1,75	1,75	2,08 (0,58)
<i>Teamstructuur</i>				
Teamleden zijn generalisten	2,20	3,60	2,80	2,87 (0,70)
Gedeelde caseload	2,67	2,25	2,92	2,61 (0,34)
<i>Professionalisering</i>				
Cliënt contact in diens eigen omgeving	3,00	3,00	3,00	3,00 (0,00)
Gespecialiseerd aanbod	3,00	2,50	3,50	3,00 (0,50)
Respecteren autonomie cliënt	2,00	2,00	1,00	1,67 (0,58)
Registratie	4,00	3,50	4,00	3,83 (0,29)
Kwaliteitsbeleid	3,25	2,25	3,25	2,92 (0,58)
Status van bemoeizorg	3,00	4,00	4,00	3,67 (0,58)
<i>Financiële en materiële randvoorwaarden</i>				
Geregelde financiering	1,60	4,00	2,80	2,80 (1,20)
Financieel management	4,00	3,00	0,00	2,33 (2,08)
<i>Externe profilering</i>				

Bekendheid	4,00	3,00	3,00	3,33 (0,58)
Netwerken	4,00	3,00	3,00	3,33 (0,58)
<i>Inter-organisatorische samenwerking</i>				
Ketenregie	3,20	3,40	2,60	3,07 (0,42)
Organisatievorm	2,50	3,50	3,00	3,00 (0,50)
Algemene afstemming	3,00	2,33	2,67	2,67 (0,33)
Afstemmen taken stakeholders	1,80	2,20	2,80	2,27 (0,50)
Afstemmen doelen	2,00	3,00	2,00	2,33 (0,58)
Inbedding in het bestaande zorgsysteem	0,00	2,00	1,00	1,00 (1,00)
Expertise delen	1,67	2,67	2,67	2,33 (0,58)
Onderlinge toegang	3,00	2,33	2,67	2,67 (0,33)
Samenwerking in de uitvoering	4,00	2,00	4,00	3,33 (1,15)
Professionals				
<i>Professionele kwaliteit</i>				
Opleiding	2,29	3,14	2,57	2,67 (0,44)
Persoonskenmerken	2,71	3,43	3,43	3,19 (0,41)
<i>Autonomie</i>				
Methodische zelfstandigheid	3,33	3,00	3,00	3,11 (0,19)
Inbedding in organisatie	3,56	4,00	4,00	3,85 (0,26)
Zorgproces				
<i>Zorgrelatie</i>				
Assertief en aanhoudend	3,50	3,50	3,00	3,33 (0,29)
Persoonlijk	3,00	3,50	3,00	3,17 (0,29)
Cliëntvisie als uitgangspunt	2,00	2,50	1,50	2,00 (0,50)
Praktische ondersteuning	3,50	4,00	3,00	3,50 (0,50)
<i>Functies</i>				
Casefinding	2,00	3,00	2,00	2,33 (0,58)
Probleembeoordeling	2,67	3,67	4,00	3,44 (0,69)
Persoonlijke werkrelatie	2,80	3,80	3,00	3,20 (0,53)
Contacttrouw realiseren	2,75	4,00	1,75	2,83 (1,13)
Kwartiermaken	2,00	3,00	2,00	2,67 (0,58)
Behandelpanning	2,00	2,33	3,67	2,67 (0,88)
Zorgtoeleiding en -coördinatie	3,50	3,50	4,00	3,67 (0,29)
Outreach	3,50	4,00	3,50	3,67 (0,29)
Afsluiten van hulpverlening	2,25	2,75	2,00	2,33 (0,38)
Follow up	2,25	2,50	0,00	1,58 (1,38)
<i>Procedures</i>				
Eclectisch gebruik van methodieken	2,00	3,00	2,33	2,44 (0,51)
Rehabilitatietechnieken	2,00	3,00	2,33	2,44 (0,51)
Drang en dwang	1,75	2,75	1,75	2,08 (0,58)

De scores van 3 en hoger geven aan dat het betreffende item (zeer) kenmerkend is voor een team en zijn in de tabel dikgedrukt.

De standaard deviaties (laatste kolom, tussen haakjes) geeft aan hoe groot de verschillen per kenmerken zijn tussen teams. Hoe groter de standaard deviatie, hoe groter de verschillen tussen teams.

Gebruikte literatuur

1. Kortrijk, H.E., et al., *Treatment outcome in patients receiving assertive community treatment*. community Mental Health Journal, 2010. **46**: p. 330-336.
2. Teague, G.B., R.E. Drake, and T. Ackerson, *Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse*. Psychiatric Services, 1995. **46**: p. 689-695.
3. Kroon, H., *Groeiende zorg: Ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten* 1996, Utrecht: NcGv.
4. Wingerson, D. and R.K. Ries, *Assertive community treatment for patients with chronic and severe mental illness who abuse drugs*. Journal of Psychoactive Drugs, 1999. **31**(1): p. 13-18.
5. Roeg, D.P.K., L.A.M. van de Goor, and H.F.L. Garretsen, *When a push is not a shove: Assertive care, Dutch-style*. Drugs and Alcohol Today, 2004. **4**(2): p. 26-32.
6. Mulder, C.L., et al., *De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2004. **46**(5): p. 273-284.
7. Wing, J.K., et al., *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS); research and development*. British Journal of Psychiatry, 1998. **172**(1): p. 11-18.
8. Killaspy, H., et al., *The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London*. BMJ, 2006. doi:10.1136/bmj.38773.518322.7C (published 16 March 2006).
9. Hall, M., et al., *Brief report: The development and psychometric properties of an observer-rated measure of engagement with mental health services*. Journal of Mental Health, 2001. **10**(4): p. 457-465.
10. Priebe, S., et al., *Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)*. International Journal of Social Psychiatry, 1999. **45**(1): p. 7-12.
11. van Nieuwenhuizen, C., A.H. Schene, and M.W.J. Koeter, *Manchester verkorte Kwaliteit van Leven meting: Vragenlijstversie*. 2000.
12. D'Ardenne, P., et al., *Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2005(193): p. 62-65.
13. Sytema, S., et al., *Assertive community treatment in the Netherlands: A randomized controlled trial*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2007. **116**(2): p. 105-112.
14. Cohen, E., *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed ed1988, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
15. Kertzman, T., I. Kok, and B. van Wijngaarden, *De GGZ thermometer nader onderzocht: De evaluatie van een vragenlijst voor clientwaardering in de volwassenenzorg*, 2003, Trimbos-instituut: Utrecht.
16. Verheagh, M.J.M., *Effectiveness of Assertive Community Treatment in Early Psychosis*. Vol. Doctoral dissertation. 2009, Tilburg: Tilburg University.
17. Sackett, D., *Evidence based medicine: What it is and what it isn't*. BMJ, 1996. **312**: p. 71-72.

18. Lohuis, G., R. Schilperoort, and G. Schout, *Van bemoei- naar groeizorg: Methodieken voor de OGGz*, 2000, Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
19. Van de Lindt, S., *Bemoei je ermee: Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders*, 2000, Assen: van Gorcum.
20. Roeg, D.P.K., L.A.M. Goor, and H.F.L. Garretsen, *Onderdelen van bemoeizorg voor mensen met (comorbide) verslaving en aanbevelingen voor richtlijnontwikkeling voor de Nederlandse praktijk*. TSG, 2009. **87**(3): p. 92-99.
21. Roeg, D.P.K., L.A.M. van de Goor, and H.F.L. Garretsen, *Characterizing Intensive Community-Based Care: Use, Reliability and Factor Structure of a Generic Measure*. Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis, 2008. **1**(2): p. 158 - 171.
22. Evans, D., *Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions*. Journal of Clinical Nursing, 2003. **12**: p. 77-84.
23. Holloway, F. and J. Carson, *Case management: An update*. International Journal of Social Psychiatry, 2001. **47**(3): p. 21-31.
24. Roeg, D.P.K., L.A.M. van de Goor, and H.F.L. Garretsen, *European Approach to Assertive Outreach for Substance Users: Assessment of Program Components*. Substance Use and Misuse, 2007. **42**(11): p. 1705 - 1721.
25. Brooks, R., *The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: validation in relation to patient derived measures*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000. **34**: p. 504-511.
26. Kertzman, T., I. Kok, and B. van Wijngaarden, *De GGZ Thermometer nader onderzocht: De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwassenenzorg*, 2003, Trimbo-
institute: Utrecht.
27. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences: 2nd ed.*1988, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
28. Singer, J.D. and J.B. Willett, *Applied longitudinal data analysis: modeling change and event occurrence*2003, New York: Oxford University Press.
29. Polit, D.F. and B.M. Gillespie, *Intention-to-treat in randomized controlled trials: recommendations for a total trial strategy*. Research in Nursing and Health, 2010. **33**(4): p. 355-68.
30. Roeg, D.P.K., *Measurement of program characteristics of intensive community-based care for persons with complex addiction problems (Doctoral dissertation, Tilburg University)*2007.