

Effectiever werken aan rehabilitatiedoelen: langetermijnuitskomsten van een gerandomiseerde studie naar individuele rehabilitatiebenadering^I

J.T. VAN BUSSCHBACH, W. SWILDENS, H. MICHON, H. KROON, M. KOETER[†], D. WIERSMA, J. VAN OS

ACHTERGROND In Nederland is de individuele rehabilitatiebenadering (IRB) één van de rehabilitatiemethodieken die het breedst is geïmplementeerd. Er is tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de benadering.

DOEL Inzicht in de effecten van de IRB op het bereiken van individuele rehabilitatiedoelen, sociaal functioneren, *empowerment*, zorgbehoeften en kwaliteit van leven bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).

METHODE In gerandomiseerd gecontroleerd multicenteronderzoek (trialregistratienummer ISRCTN73683215) werden mensen met EPA at random toegewezen aan in de IRB opgeleide hulpverleners (n = 80) of aan hulpverleners die gebruikelijke zorg bij rehabilitatiewensen boden (*care as usual*, cc, n = 76). De primaire uitkomst was het bereiken van door de patiënten zelf gestelde doelen. De secundaire uitkomstmaten waren: verandering in de werksituatie, mate van zelfstandig wonen, zorgbehoeften, *empowerment* en kwaliteit van leven. De effecten werden gemeten na 12 en 24 maanden.

RESULTATEN De mate waarin doelen werden bereikt, was substantieel hoger bij de IRB (gecorrigeerd risicoverschil: 21%, 95%-BI: 4-38; *number needed to treat* (NNT) = 5). De benadering was ook effectiever op het gebied van arbeidsparticipatie (IRB: 21% gecorrigeerde toename, cc: 0% gecorrigeerde toename; NNT= 5), maar niet op de andere secundaire uitkomstmaten.

CONCLUSIE De resultaten laten zien dat de IRB effectiever is bij de ondersteuning van patiënten met EPA bij het bereiken van zelf geformuleerde rehabilitatiedoelen en bij het bevorderen van sociale participatie.

TIJDSCRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)3, 179-189

TREFWOORDEN arbeidsparticipatie, arbeidsrehabilitatie, ernstige psychiatrische aandoeningen, psychiatrische rehabilitatie, rehabilitatiedoelen



ARTIKEL



Rehabilitatiebenaderingen zijn gericht op zorgbehoeften van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA; Michon & Van Weeghel 2010; Rossler 2006) op levensgebieden als zelfstandig wonen, sociale contacten onderhouden en werk of andere betekenisvolle activiteiten (Shepherd 1998; Van Weeghel e.a. 2005). Met gecontroleerde studies is aangetoond dat socialevaardigheidstraining en cognitieve gedragstherapie het dagelijks functio-

neren kunnen verbeteren (Wykes e.a. 2008) en dat met arbeidsrehabilitatie de kans op betaald werk wordt verhoogd (Burns e.a. 2007).

De individuele rehabilitatiebenadering (IRB; Anthony e.a. 2002; Farkas 2006) is relatief weinig onderzocht, maar wordt veel toegepast in delen van de Verenigde Staten en in Nederland. Met deze methodiek worden patiënten geholpen om wensen op het gebied van wonen, werken,

leren en sociale contacten te onderzoeken, daarin keuzes te maken en gekozen doelen te realiseren.

De kleinschalige gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) naar deze oorspronkelijk in Boston ontwikkelde benadering wezen uit dat IRB-begeleiding effectief is als het gaat om verbetering in woonsituatie, kwaliteit van leven en psychische gezondheid (Shern e.a. 2000) en sociaal functioneren (Gigantesco e.a. 2006), maar bij een RCT naar arbeidsrehabilitatie vonden Rogers en anderen (2006) een even grote verbetering van patiënten in de IRB-conditie als in de controlegroep.

Aangezien de IRB hier wijd verspreid is, maar de evidentie beperkt, verrichtten wij een RCT in vier Nederlandse ggz-instellingen. De studie beoogde inzicht te verschaffen in de vraag of de IRB succesvol is in de centrale doelstelling, te weten: patiënten helpen bij het bereiken van rehabilitatiedoelen en bij het verbeteren van hun functioneren in een omgeving van eigen keuze met zo min mogelijk professionele hulp (Anthony e.a. 2002).

De primaire uitkomstmaat werd gedefinieerd als het bereiken van een persoonlijk rehabilitatiedoel. Vier secundaire uitkomstmaten waren: 1. verbetering in sociaal functioneren, waaronder zelfstandiger wonen en arbeidsparticipatie door vrijwilligerswerk, betaald werk en/of onderwijs, 2. verbetering van kwaliteit van leven, 3. vergroting van *empowerment* gedefinieerd als de ervaring dat men zelfstandig keuzes kan maken op dagelijkse levensdomeinen en 4. onafhankelijkheid van professionele hulp gemeten als een afname in (onvervulde) zorgbehoeften.

METHODE

Het onderzoek werd uitgevoerd bij vier ggz-instellingen: Altrecht, Bavo-RNO/Parnassia-groep, GGz Eindhoven en Lentis. Om generalisatie naar reguliere zorg te bevorderen (Kluiser & Wiersma 1996) werd geworven onder een heterogene groep van intramurale en ambulante patiënten met EPA (Mulder e.a. 2010; Delespaul 2013) die ten minste twee jaar in zorg waren met blijvende psychische handicaps. Patiënten werden *at random* toebedeeld aan de IRB-conditie of een controleconditie met gebruikelijke zorg. De uitkomsten werden gemeten bij de start, na 12 en na 24 maanden. Het onderzoek werd getoetst bij de Medisch-ethische toetsingscommissie voor de GGZ (METIGG), kamer Noord.

Deelnemers

Er werden 423 patiënten door hulpverleners uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen. Inclusiecriteria waren: een wens tot positieve verandering op één van de rehabilitatiegebieden, bereidheid om deel te nemen aan een rehabilitatieproces en geen contact met een IRB-hulpverlener in de afgelopen drie maanden. Van de 305 geïnte-

AUTEURS

JOOSKE T. VAN BUSSCHBACH, pedagoog, senior onderzoeker, Rob Gielonderzoekcentrum, Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, tevens lector, Hogeschool Windesheim, Zwolle.

WILMA SWILDENS, sociaal wetenschapper, senior onderzoeker, Altrecht, Utrecht.

HARRY MICHON, psycholoog, senior onderzoeker, Trimbos-instituut, Utrecht.

HANS KROON, psycholoog, programmahoofd Reïntegratie, Trimbos-instituut, Utrecht.

MAARTEN KOETER¹, UHD, epidemioloog, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, vakgroep Psychiatrie, Amsterdam.

DURK WIERSMA, socioloog, emeritus hoogleraar, Rob Gielonderzoekcentrum, Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen.

JIM VAN OS, psychiater, hoogleraar Faculteit Psychiatrie en Psychologie, School of Mental Health and Neuroscience, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, tevens Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, Londen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. W. Swildens, Altrecht ggz, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PG Utrecht.

E-mail: w.swildens@altrecht.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-7-2015.

resseerde patiënten tekenden 156 (51%) een schriftelijke verklaring van *informed consent*; 149 patiënten voldeden niet aan de criteria (FIGUUR 1).

Randomisatie

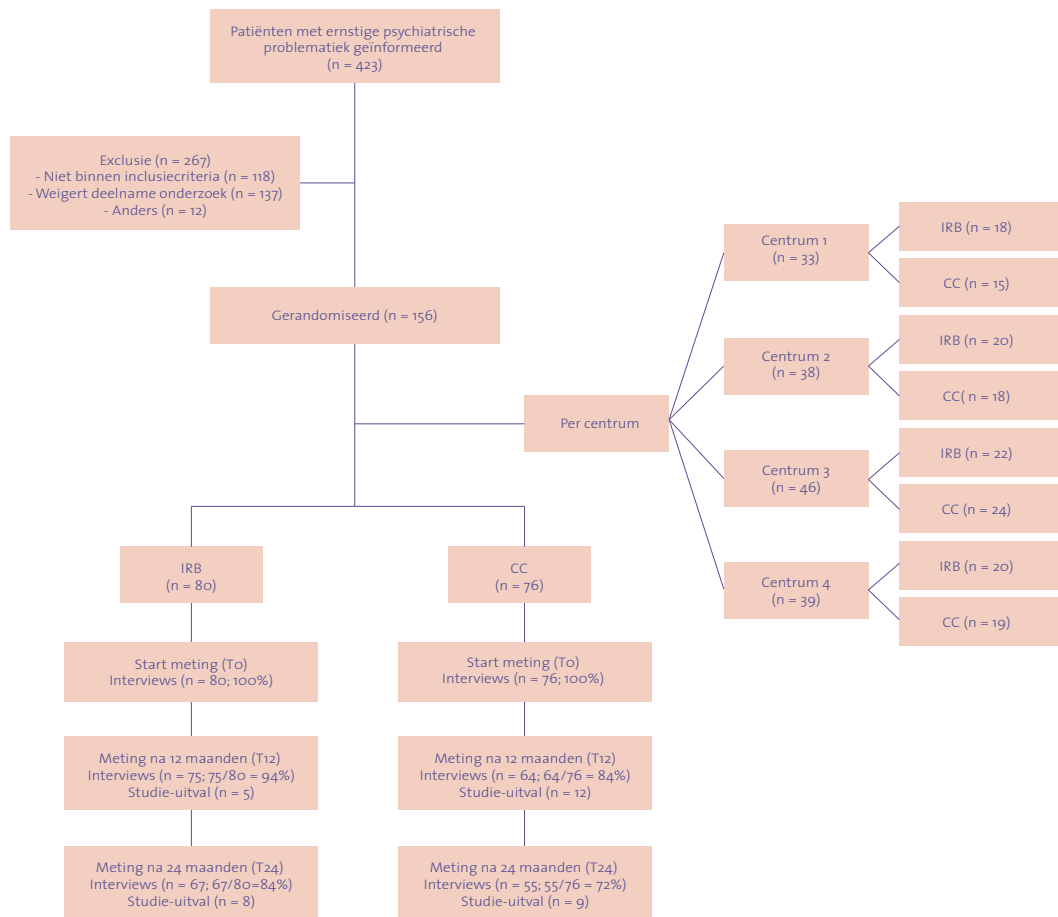
Blokrandomisatie werd gestratificeerd voor ggz-instelling en setting (ambulant/intramuraal/beschermd wonen). Randomisatie vond plaats direct na het eerste interview: 80 patiënten werden toegewezen aan de IRB en 76 kregen gebruikelijke zorg.

De steekproefgrootte

Bij de poweranalyse werd uitgegaan van 40% succes voor de IRB (Busschbach & Wiersma 2002; Swildens e.a. 2003) en minder dan 15% voor de gebruikelijke aanpak. Bij een dergelijk verschil waren voor de analyse minimaal 45 patiënten per groep nodig: power van 80%; $p < 0,05$, tweezijdig getoetst. Uitgaand van een uitvalpercentage tot 40%, waren 80 patiënten per conditie vereist. Dit aantal was ook

FIGUUR 1 CONSORT-diagram

IRB = individuele rehabilitatiebenadering; CC = controleconditie



voldoende om verschillen aan te tonen in kwaliteit van leven (vergelijk Van de Willege e.a. 2005).

De interventie

Binnen de experimentele conditie werd de IRB aangeboden, uitgevoerd door getrainde hulpverleners: sociaalpedagogisch hulpverleners, verpleegkundigen of arbeidstherapeuten. De benadering kent drie fasen (Anthony e.a. 2002):

1. *stellen van een doel*: patiënten helpen om inzicht te krijgen in hun rehabilitatiedoelen en vaardigheden en hulpbronnen die nodig zijn om deze te bereiken;
2. *planning*: beschrijven en prioriteren van de interventies (vaardigheidstraining en ondersteuning) om deze doelen te bereiken;
3. *uitvoeren* van deze interventies.

De IRB-hulpverleners (n = 39) waren getraind onder supervisie van de Nederlandse IRB-licentiehouder Stichting Rehabilitatie '92, hadden 2 jaar praktijkervaring met de IRB en minimaal 5 IRB-trajecten voltooid. In de controlegroep boden ervaren ggz-hulpverleners (n = 53) gebruikelijke

zorg. Evenals de IRB-hulpverleners kregen zij de instructie om patiënten te ondersteunen bij het verhelderen en realiseren van rehabilitatiedoelen via een individueel contact, minimaal eens per drie weken. Alle hulpverleners waren werkzaam bij de instelling, maar IRB-begeleiders en reguliere begeleiders werden, om *spillover* te voorkomen, geworven uit verschillende teams. Maandelijks supervisie was beschikbaar voor hulpverleners in beide condities. Het gemiddeld aantal jaren werkervaring was 15 (SD 7,9) voor de IRB-hulpverleners en 14 (SD 8,9) voor de controleconditie.

De IRB-hulpverleners hadden een hoger opleidingsniveau dan de hulpverleners in de controleconditie (respectievelijk 81% en 54% hbo en/of universiteit; $\chi^2 = 13,34$; $df = 1$; $p < 0,05$). Hiervoor werd statistisch gecorrigeerd. Om te beoordelen in hoeverre modelgetrouw was gewerkt, werden alle IRB-hulpverleners over een willekeurig uitgekozen patiënt uit het onderzoek geïnterviewd door een rehabilitatie-expert met een IRB-modelgetrouwheidsvragenlijst (Luyten 2004).

Uitkomstmaten

De patiënteninterviews werden uitgevoerd door getrainde interviewers. Naast een maandelijkse monitor vulden de deelnemende begeleiders vragenlijsten in, evenals de behandelend psychiaters. Bij de start waren patiënten en professionals nog niet bekend met de hun toegewezen conditie; daarna konden ze hier niet 'blind' voor blijven omdat de achtergrond van de begeleiders veelal bekend was. De interviewers bleven wel blind voor de hulpverleningsconditie. Interviewers konden na 24 maanden voor 80% van de patiënten niet zeggen welke hulp aan hen was toebedeeld.

Primaire uitkomstmaat

Bij de start werden patiënten geïnterviewd over hun rehabilitatiewensen. Doelen werden ingedeeld naar doel terrein: 1. werken of leren, 2. sociale contacten, 3. woonsituatie. Na vier sessies kwamen patiënten en rehabilitatiewerkers overeen aan welke rehabilitatiedoelen zij zouden gaan werken. Een geschreven rehabilitatieplan met het door de patiënt gekozen doel vormde het uitgangspunt voor de evaluatie bij de follow-upinterviews na 12 en na 24 maanden. Hierbij werd patiënten gevraagd of het doel grotendeels niet of enigszins behaald was. Deze eerste vraag werd aangevuld met kritische vervolgvragen van de interviewers zodat een zuiver oordeel gevormd kon worden over de mate waarin een doel was bereikt. Ook werd informatie verzameld over concrete veranderingen op de doelterreinen.

Na 12 maanden konden 17 patiënten om diverse redenen niet geïnterviewd worden: in de IRB-groep 5 (6%); in de CC 12 (16%). Van 16 van deze patiënten werd indirect op basis van beschikbare data (verslagen, informatie van hulpverleners) beoordeeld of het doel bereikt was. De beoordeling vond plaats door 4 onderzoekers onafhankelijk van elkaar en geblindeerd voor de conditie. Voor één patiënt was er geen informatie beschikbaar en werd doelrealisatie conservatief als 'niet bereikt' geïmputeerd.

Na 24 maanden waren 34 patiënten niet beschikbaar voor een interview: in de IRB-groep 13 (16%); in de CC-groep: 21 (28%). Een indirect oordeel over de uitkomst na 24 maanden was vanwege ontbrekende gegevens niet mogelijk en daarom werd voor deze patiënten de uitkomst op 12 maanden als uitkomst voor 24 maanden gehanteerd. Analyses werden verricht zowel met als zonder geïmputeerde data.

De secundaire uitkomstmaten

Sociaal functioneren werd gemeten met de *Social Functioning Scale* (SFS; Birchwood e.a. 1990), een zelfbeoordelingsvragenlijst. Eén van de zeven SFS-schalen, arbeidsfunctioneren, kon niet berekend worden omdat deze niet van

toepassing is voor gepensioneerde patiënten (9%).

Informatie over de woon- en leefsituatie werd bij patiënten zelf verzameld. Zelfstandig wonen werd gedefinieerd als zelf een accommodatie bezitten of huren, alleen of met anderen (ja/nee). Arbeidsparticipatie werd geoperationaaliseerd als betaald werk, vrijwilligerswerk, werkervaringsplaats, deelname aan arbeidstraining of (begeleid) leren of fulltimezorg voor het gezin.

Onvervulde zorgbehoeften vanuit patiëntenperspectief werden gescoord met de *Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule* (Phelan e.a. 1995). Kwaliteit van leven werd beoordeeld met de *WHO Quality of Life Questionnaire* (WHO-QOL-BREF; WHO-QOL-Group 1998). De subschaal controle over levensgebieden van de *Personal Empowerment Scale* (PES; Segal e.a. 1995) werd gekozen om keuzevrijheid op levensgebieden te meten.

Confounders

Verder werd informatie verzameld over mogelijke *confounders*. Behandelaars scoorden de *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS extended; Dingemans e.a. 1995) en verzorgden informatie over diagnose (DSM-IV), psychiatrische voorgeschiedenis en GAF-S/D (*Global Assessment of Functioning* voor symptomen en handicaps; Jones e.a. 1995). De participerende hulpverleners gaven informatie over zorggebruik met de *Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory-European version* (CSSSRI-EU; Chisholm e.a. 2000) om de condities te vergelijken op zorg- en medicatiegebruik.

Tot slot werden data verzameld over alle deelnemende hulpverleners (opleidingsniveau, werkervaring, rehabilitatieattitude volgens de *Psychiatric Rehabilitation Beliefs, Goals and Practice scale* (PRBGP; Casper e.a. 2002) en over het rehabilitatieproces (aantal contacten en de *Werkalliantievragenlijst*; Horvath & Greenburg 1989).

Analysestrategie

De data werden geanalyseerd op basis van *intention to treat*. De analyses werden gedaan met STATA-10.1 (StataCorp 2008); p-waarden werden tweezijdig getoetst. De primaire uitkomst werd beoordeeld na 12 en 24 maanden. Risicoverschillen en *numbers needed to treat* (NNT's) werden berekend met regressieanalyses, gecorrigeerd voor ggz-instelling, psychiatrische aandoening, het aantal contacten met de patiënt en het opleidingsniveau van de hulpverlener. Een extra sensitiviteitsanalyse werd uitgevoerd zonder gegevens van de patiënten voor wie geen interviewgegevens beschikbaar waren en voor wie het onderzoekersoordeel als uitkomst was gebruikt. De secundaire uitkomstmaten na 12 en 24 maanden werden geanalyseerd met *multilevellinaire-regressieanalyses* (voor continue variabelen) en *logistische-regressieanalyses* (voor binaire variabelen); in deze analyses had elke patiënt (niveau 2 in de

TABEL 1 Kenmerken deelnemende patiënten (n = 156)

Kenmerk	IRB (n = 80)		CC (n = 76)	
	n	%	n	%
Vrouwen	46	57,5	34	44,7
Leeftijdscategorie				
≥ 20 jaar	2	2,5	2	2,6
21-30 jaar	19	23,8	12	15,8
31-40 jaar	17	21,3	25	32,9
41-50 jaar	23	28,8	17	22,4
51-60	13	16,3	13	17,1
≥ 61 jaar	6	7,5	7	9,2
Geen Nederlandse nationaliteit bij geboorte	10	12,5	8	10,5
Woonsituatie				
Zelfstandig	43	53,8	43	56,6
Psychiatrisch ziekenhuis	22	27,5	16	21,1
Beschermd wonen	15	18,8	15	19,7
Anders	0	0	2	3,9
Betaald werk	7	8,7	5	6,6
Primaire diagnose				
Schizofrenie, schizo-affectieve stoornis	36	45,0	32	42,1
Bipolaire stoornis	4	5,0	8	10,5
Depressie of angst	13	16,3	9	11,8
Persoonlijkheidsstoornis	16	20,0	12	15,8
Verslaving	2	3,8	2	2,6
Ontwikkelingsstoornis	2	3,8	5	6,6
Anders	6	7,5	5	6,6
Medicatie: antipsychotica				
1ste generatie	14	17,5	15	19,7
2de generatie	26	32,5	19	25,0
1ste en 2de generatie	2	2,5	1	1,3
	Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD
GAF symptomen	58,6	11,3	60,3	13,6
GAF beperkingen	51,3	15,2	51,1	13,5
BPRS	46,5	12,2	46,3	12,7
Dagen psychiatrische opname in 3 mnd. voor start	15,6	32,4	21,2	36,7
Jaren sinds 1ste contact ggz	12,8	8,4	11,3	8,6

IRB = individuele rehabilitatiebenadering, CC = controlegroep, GAF = Global Assessment of Functioning; BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale

analyse) 3 metingen gehad (niveau 1) gecontroleerd voor deelnemend ggz-centrum, psychiatrische aandoening en opleidingsniveau van de hulpverlener. Deze effecten werden berekend op basis van procedures in STATA-LINCOM.

RESULTATEN

Patiënten in de IRB-groep verschilden niet significant van de controlegroep (TABEL 1): mannen en vrouwen waren in beide groepen ongeveer evenredig vertegenwoordigd, iets

TABEL 2 Doelrealisatie na 12 en 24 maanden: som van patiënten die op deze momenten aangaven dat hun doel zoals geformuleerd bij de start geheel gerealiseerd was

Meting	Interventie	Doel niet gerealiseerd		Doel gerealiseerd		RD Doelrealisatie	95%-BI	NNT	ARD ^a	95%-BI	ANNT ^a
		n	%	n	%						
12 maanden	IRB	55	68,7	25	31,3	15,5%	1,2-27,2	8	16,4%	1,9-30,8	7
	CC	64	84,2	12	15,8						
24 maanden	IRB	41	51,9	38	48,1	16,5%	1,3-31,7	7	20,7%	3,8-37,6	5
	CC	52	68,4	24	31,6						

^aGecorrigeerd voor ggz-instelling, psychiatrische aandoening (GAF-S), aantal contacten en opleidingsniveau begeleider.

IRB = individuele rehabilitatiebenadering, CC = controlegroep, RD = risicoverschil (*risk difference*), ARD = gecorrigeerd risicoverschil (*adjusted risk difference*), NNT = *numbers needed to treat*, ANNT = *adjusted number needed to treat*.

meer dan de helft kreeg ambulante zorg en 40% van de patiënten had een psychotische stoornis. Patiënten waren relatief lang in zorg (gemiddeld meer dan 10 jaar) en hadden matige tot ernstige psychiatrische problemen (BPRS-score gemiddeld 46; Leucht e.a. 2005).

Interventie: werken aan doelen van de patiënt

Voor 66 patiënten (43%) lag het doel waaraan zij wilden werken op het gebied van arbeidsparticipatie (dagbesteding, werk, andere arbeidsmatige activiteiten of leren), 43 (27%) hadden een doel op het gebied van wonen, 30 (19%) op het gebied van sociale contacten en bij 17 (11%) ging het om een combinatie hiervan. Binnen deze gebieden konden doelen zeer uiteenlopen: van eens iets buitenshuis ondernemen tot een betaalde baan, van leren koken tot het vinden van een plek om zelfstandig te wonen. In 15% van de trajecten in de IRB-groep en in 16% van die van de controlegroep werd na enkele gesprekken besloten tot een ander doel dan zoals dat bij de start door de patiënt was geformuleerd. Er was tussen beide groepen geen significant verschil in gemiddeld aantal gesprekken (IRB: 15; SD 15,2 versus CC: 17; SD 17,1). De totale trajectduur was 12 maanden in beide condities (SD 17,6).

In beide groepen waren hulpverleners even succesvol in het ontwikkelen van een goede werkrelatie (gemiddelde score op de WAI 3,9; SD 0,4 in beide groepen). Er was geen verschil tussen beide groepen in voorgeschreven eerste en/of tweede generatie antipsychotica noch in zorgconsumptie gedurende de onderzoeksperiode: in het eerste en het tweede jaar respectievelijk bedroeg het gemiddeld aantal opnamedagen 62,0 (SD 124,3) en 42,0 (SD 108,0), gemiddeld aantal ambulante en deeltijdcontacten per

maand was 2,4 (SD 6,4) en 3,2 (SD 7,4). Van de IRB-begeleiders kreeg 86% een score 'redelijk' of 'goed' op de IRB-modelgetrouwheidsschaal.

Primaire uitkomsten

Het percentage gerealiseerde doelen, zoals beoordeeld door patiënten zelf, was na 24 maanden significant hoger in de IRB-groep dan in de controlegroep (gecorrigeerd risicoverschil: 21%; 95%-BI 4-38; NNT 5; zie **TABEL 2**). Ook na 12 maanden waren de resultaten positief voor de IRB (gecorrigeerd risicoverschil: 16%; 95%-BI: 2-31; NNT 7). Vergelijkbare resultaten werden gevonden bij analyses zonder de uitkomsten op basis van onderzoekersoordeel: na 12 maanden (n = 139) bedroeg het gecorrigeerde risicoverschil: 14%; 95%-BI: 2-30; NNT 8 en na 24 maanden (n = 122) was dit verschil 18%; 95%-BI 2-34; NNT 6. De IRB was na 24 maanden vooral succesvoller als het ging over doelen op het gebied van dagbesteding, werk en leren: in de IRB-groep realiseerden 19 van de 34 patiënten hun doelen (56%) en in de controlegroep 9 van de 32 patiënten (28%). Ook was IRB na 24 maanden succesvol op het gebied van sociale contacten: in de IRB-groep voor 9 van de 18 patiënten (50%) en in de controlegroep voor 3 van de 12 patiënten (25%). Niet zo succesvol was IRB waar het woondoelen betrof: in de IRB-groep behaalden 8 van de 21 patiënten (38%) deze; in de controlegroep 11 van de 22 patiënten (50%).

Secundaire uitkomsten

Scores op kwaliteit van leven stegen in beide groepen evenveel, terwijl het aantal onvervulde zorgbehoeften evenveel daalde. Patiënten in de IRB-groep zowel als in de controlegroep rapporteerden een positieve verandering in

TABEL 3 Secundaire uitkomsten: continue maten^a

Interventie en meting	Kwaliteit van leven ^b				Onvervulde zorgbehoefte ^c			
	Gemiddelde (SD)	n	Effect-tijd	95%-BI	Gemiddelde (SD)	n	Effect-tijd	95%-BI
CC								
Start	82,6 (13,9)	73	--		4,6 (3,2)	76	--	
12 maanden	86,8 (15,4)	58	4,2	1,0 - 7,5	2,5 (2,9)	64	-2,1	-2,8 - -1,4
24 maanden	88,3 (12,7)	47	4,3	0,8 - 7,9	2,9 (2,8)	54	-1,8	-2,5 - -1,0
IRB								
Start	81,7 (13,2)	68	--		4,7 (2,7)	80	--	
12 maanden	88,0 (16,3)	71	4,5	1,3 - 7,6	2,9 (3,2)	74	-1,7	-2,4 - -1,0
24 maanden	89,7 (16,9)	59	6,2	2,8 - 9,5	2,4 (2,8)	66	-2,2	-2,9 - -1,5
Interventie x tijd	χ²	df	p		χ²	df	p	
12 maanden ^f	0,01	1	0,92		0,7	1	0,40	
24 maanden	0,54	1	0,46		0,7	1	0,39	
Interventie en meting	Sociaal functioneren^d				Empowerment^e			
	Gemiddelde (SD)	n	Effect-tijd	95%-BI	Gemiddelde (SD)	n	Effect-tijd	95%-BI
CC								
Start	108,2 (9,3)	76	--		30,5 (5,5)	76	--	
12 maanden	109,5 (11,1)	64	1,5	-0,6 - 3,7	31,4 (4,8)	62	0,7	-0,6 - 2,0
24 maanden	108,6 (13,0)	55	1,1	-0,8 - 3,2	31,5 (4,5)	53	0,8	-0,6 - 2,2
IRB								
Start	109,0 (8,8)	80	--		30,9 (5,5)	80	--	
12 maanden	110,1 (10,2)	74	1,2	-0,8 - 3,2	31,6 (5,7)	74	0,9	-0,3 - 2,1
24 maanden	110,2 (11,3)	67	1,1	-1,0 - 3,1	32,5 (5,0)	65	1,8	0,5 - 3,0
Interventie x tijd	χ²	df	p		χ²	df	p	
12 maanden ^f	0,05	1	0,82		0,05	1	0,83	
24 maanden	0,00	1	0,99		0,90	1	0,34	

^a zie TABEL 2.

^b WHOQoL vlg. Van de Willege e.a. 2005 (scorebereik 26-130).

^c Subschaal Onvervulde zorgbehoeften CANSAS (scorebereik 0-22).

^d SFS-scores zonder subschaal werk (scorebereik 55-135).

^e Subschaal Controle over dagelijks leven van de PES (scorebereik 10-50).

^f Gecorrigeerd risicoverschil (adjusted risk difference)

TABEL 4 Secundaire uitkomsten: dichotome maten^a

Interventie & meting	Zelfstandig wonen ^b				Effect tijd ^d	95%-BI	NNT	Maatschappelijke participatie ^c				Effect tijd ^d	95%-BI	NNT	
	Nee		Ja					Nee	Ja	Nee	Ja				
	n	%	n	%											n
CC															
Bij start	33	43,4	43	56,6	-			44	63,8	25	36,2	-			
12 maanden	24	37,5	40	62,5	6,6%	-0,1-14,0	16	37	63,7	21	36,2	-2,4%	-14,3-9,5	42	
24 maanden	25	45,5	30	54,5	2,3%	-5,7-10,3	44	29	59,2	20	40,1	-0,1%	-13,7-11,7	1000	
IRB															
Bij start	37	46,3	43	53,7	-			55	72,4	21	27,6	-			
12 maanden	32	42,7	43	57,3	3,9%	-3,0-10,9	26	42	60,9	27	39,1	12,0%	1,0-22,9	9	
24 maanden	27	40,3	40	59,7	4,6%	-2,8-11,9	22	31	50,0	31	50,0	21,4%	9,8-33,0	5	
Interventie x tijd	χ^2	Df	p					χ^2	df	p					
12 maanden ⁴	0,3	1	0,60					3,1	1	0,08					
24 maanden	0,2	1	0,68					6,5	1	0,01					

a Als tabel 2.

b Wonend in eigen of zelf gehuurde woning, alleen of met leden van eigen huishouden versus wonend in ziekenhuis of residentiële voorziening.

c Betaald werk of vrijwilligerswerk, beroepsopleiding of andere vervolgoopleiding of voltijds verantwoordelijk voor huishouden van meerdere personen. Hierbij werden pensioengerechtigde patiënten geëxcludeerd.

d Gecorrigeerd risicoverschil (*adjusted risk difference*).

de ervaren controle over eigen leven (empowerment) (TABEL 3). Sociaal functioneren en de mate van zelfstandigheid bij wonen veranderden in beide groepen niet.

Er was wel verschil tussen IRB- en controlegroep waar het veranderingen in arbeidsparticipatie betrof: de proportie patiënten met arbeidsmatige activiteiten steeg in de IRB-groep van 28% bij de start tot 50%, een veel grotere stijging dan in de controlegroep (van 36 naar 40%; tijd x groepinteractie: $\chi^2 = 6,5$; $df = 1$; $p = 0,01$; TABEL 4).

DISCUSSIE

Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van de IRB kozen wij voor een pragmatische trial met een actieve controleconditie, uitgevoerd in de dagelijkse praktijk bij een heterogene groep patiënten en gericht op meerdere doelgebieden van rehabilitatie. Hierdoor is generalisatie van de uitkomsten mogelijk (vgl. Michon & Kroon 2013). Onze studie was 'conservatief' opgezet: de hulpverleners in de controlegroep wisten dat zij meededen aan een effectiviteitsstudie en werden expliciet geïnstrueerd om met betrokken patiënten aan hun rehabilitatiedoelen te werken. De uit-

komsten werden vastgesteld vanuit het perspectief van de cliënt door onafhankelijke interviewers die blind waren voor de conditie. Hierdoor is er minder kans op vertekening. Echter, doordat patiënten niet onwetend gehouden konden worden van de randomisatie, kan een zeker verwachtingseffect niet worden uitgesloten.

De studie laat zien dat de IRB een belangrijke bijdrage kan leveren aan de realisatie van doelen zoals de patiënt die zelf heeft geformuleerd en zo patiënten kan ondersteunen bij het naar eigen inzicht en tevredenheid inrichten van hun leven. Dit is vooral het geval als het gaat om doelen op het gebied van werk of andere arbeidsmatige bezigheden. Het onderzoek geeft geen uitsluitsel over de effectiviteit van de IRB bij het bevorderen van functioneren en kwaliteit van leven van patiënten in algemene zin. Vergeleken met de controlegroep had de IRB geen extra effect op de behoefte aan zorg, sociaal functioneren of het subjectieve oordeel over kwaliteit van leven. Wel blijkt de IRB arbeidsparticipatie in bredere zin te bevorderen.

Onze resultaten op de secundaire uitkomstmaten zijn positiever dan die van Rogers e.a. (2006), die op arbeidspar-


ticipatie geen verschillen vonden tussen experimentele en controlegroep. De resultaten zijn minder gunstig dan die van Shern e.a. (2000) en Gigantesco e.a. (2006) omdat er geen effecten waren op de gebieden van wonen, kwaliteit van leven en sociaal functioneren. Een mogelijke verklaring is dat in die studies de beginsituatie voor patiënten relatief slechter was, bijvoorbeeld door dakloosheid. Mogelijk heeft een beter uitgangsniveau in ons onderzoek gezorgd voor een plafondeffect. Wellicht is ook bij kleinere, maar voor patiënten wel belangrijke veranderingen zoals een verbetering in woonsituatie zonder extra zelfstandigheid, het realiseren van dit doel een sensitievere uitkomstmaat dan globalere uitkomsten zoals functioneren en kwaliteit van leven (Lecomte e.a. 2005).

Een beperking van de studie is dat doelrealisatie als een minder substantiële uitkomst gezien zou kunnen worden. Het positieve effect op arbeidsmatige participatie (in de brede definitie van arbeid inclusief vrijwilligerswerk en arbeidstraining) impliceert echter dat het beter realiseren van persoonlijke doelen tot concrete veranderingen in de

levenssituatie kan leiden. Daarnaast is er de belangrijke persoonlijke ervaring van patiënten dat het mogelijk is om eigen doelen te realiseren en zo een bijdrage te leveren aan de inrichting van het eigen leven.

NOOT

1 Dit artikel is een vertaling en bewerking van een eerder verschenen publicatie: Swildens W, van Busschbach JT, Michon H, Kroon H, Koeter M, Wiersma D, van Os J. Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation approach. *Can J Psychiatry* 2011; 56: 751-60.

 Destudie werd gefinancierd door ZonMw (Geestkrachtprogramma 100-03-001 en 100-003-007). De lokale coördinatie werd verzorgd door Riet Augustijn, Ria Blom, Albert van Keijzerswaard, Marian de Jong, Cees Witsenburg, Karin Ferket, Bert-Jan Roosenschoon en Tom van Wel.

LITERATUUR

- Anthony WA, Cohen M, Farkas M, e.a. *Psychiatric rehabilitation* (2de ed). Boston: Center of Psychiatric Rehabilitation Boston University; 2002.
- Birchwood M, Smith J, Cochrane R, e.a. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 853-9.
- Burns T, Catty J, Becker T, e.a. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial in six European countries. *Lancet* 2007; 370: 1146-52.
- Busschbach J van, Wiersma D. Does rehabilitation meet the needs of care and improve the quality of life of patients with schizophrenia or other chronic mental disorders? *Community Ment Health J* 2002; 38: 61-70.
- Casper ES, Oursler J, Schmidt LT, Gill KJ. Measuring practitioners' beliefs, goals, and practices in psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J* 2002; 25: 223-34.
- Chisholm D, Knapp MRJ, Knudsen H, e.a. Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory – European Version: development of an instrument for international research. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 528-533.
- Delespaul Ph. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Dingemans PM, Linszen DH, Lenior ME. Component structure of the expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E). *Psychopharmacology (Berl)* 1995; 122: 263-7.
- Farkas M. Identifying psychiatric rehabilitation interventions. an evidence and value based practice. *World Psychiatry* 2006; 5: 161-2.
- Gigantesco A, Vittorielli M, Pioli R, e.a. The VADO approach in psychiatric rehabilitation: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1778-83.
- Horvath AO, Greenburg LS. Development and validation of the working alliance Inventory. *J Couns Psychol* 1989; 36: 223-33.
- Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, e.a. A brief mental health outcome scale. Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry* 1995; 166: 654-9.
- Kluiter H, Wiersma D. Randomized controlled trials of programs. In: Knudsen HC, Thornicroft G, red. *Mental health service evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p 259-80.
- Lecomte T, Wallace CJ, Perreault M, e.a. Consumers' goals in psychiatric rehabilitation and their concordance with existing services. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 209-11.
- Leucht S, Kane JM, Kissling W, e.a. Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 366-71.
- Luyten E. IRB Modelgetrouwheidsvragenlijst. Assen/Rotterdam: Stichting Rehabilitatie '92; 2004.
- Michon H, van Weeghel J. *Rehabilitatie-onderzoek in Nederland; overzicht van onderzoek en synthese van recente bevindingen*. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52, 683-94.

- Michon H, Kroon H. En of het werkt!? Over de pragmatische RCT. In: Omlo J, Bool M, Rensen P, red. Weten wat werkt. Passend evaluatieonderzoek in de sociale sector. Amsterdam: SWP; 2013. p 185-205.
- Mulder CL, van der Gaag M, Bruggeman R, e.a. Routine outcome monitoring voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen; een consensusdocument. Tijdschr Psychiatr 2010; 52: 169-79.
- Phelan A, Slade M, Thornicroft G, e.a. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. Br J Psychiatry 1995; 167: 589-95.
- Rogers ES, Anthony WA, Lyass A, e.a. A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities. Rehabil Couns Bull 2006; 49: 143-15.
- Rossler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview. World Psychiatry 2006; 5: 151-7.
- Segal SP, Silverman C, Temkin T. Measuring empowerment in client-run self-help agencies. Community Ment Health J 1995; 31: 215-27.
- Shepherd G. Models of community care. J Ment Health 1998; 7: 165-77.
- Shern DL, Tsemberis S, Anthony W, e.a. Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. Am J Public Health 2000; 90: 1873-8.
- Slade M, Beck A, Bindman J, e.a. Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. Br J Psychiatry 1999; 174: 404-8.
- StataCorp. STATA Statistical Software. Release 10.1. Texas: College Station, 2008.
- Swildens W, van Keijzerswaard AJ, van Wel TF, e.a. Individuele Rehabilitatie voor chronische patiënten: een open onderzoek. Tijdschr Psychiatr 2003; 45: 15-25.
- Swildens W, van Busschbach JT, Michon H, Kroon H, Koeter M, Wiersma D, e.a. Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach. Can J Psychiatry 2011; 56: 751-60.
- Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, e.a. A. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Expanded Version (4.0): scales, anchor points and administration manual. Int J Method Psych 1993; 3: 227-44.
- Weeghel J van, van Audenhoven C, Collucci M, e.a. The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. Psychiatr Rehabil J 2005; 28: 274-81.
- WHO-QOL-Group. Development of the World Health Organization WHO-QOL-BREF quality of life assessment. The WHO-QOL Group. Psychol Med 1998; 28: 551-8.
- Willige G van de, Wiersma D, Nienhuis FJ, e.a. Changes in quality of life in chronic psychiatric patients: a comparison between EuroQol (EQ-5D) and WHOQoL. Qual Life Res 2005; 14: 441-51.
- Wykes T, Steel C, Everitt B, e.a. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. Schizoph Bull 2008; 3: 523-37.

SUMMARY

Working effectively towards rehabilitation goals: long-term outcome of a randomised controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach

J.T. VAN BUSSCHBACH, W. SWILDENS, H. MICHON, H. KROON, M. KOETER[†], D. WIERSMA, J. VAN OS

- BACKGROUND** In the Netherlands the Boston psychiatric rehabilitation approach (BPR) is one of the most widely implemented rehabilitation methods. So far, little research has been done on the efficacy of this approach.
- AIM** To investigate the effect of BPR on the attainment of personal rehabilitation goals, social functioning and empowerment and on care requirements and quality of life in persons with severe mental illness (SMI) in the Netherlands.
- METHOD** In a multicentre randomised controlled trial (RCT: Clinical trial registration number: ISRCTN73683215) patients with SMI were randomly assigned to BPR (n = 80) or 'care as usual' (CAU; n = 76). The primary outcome was the attainment of the rehabilitation goal as formulated by the patient. The secondary outcomes were a change in the work situation and in the degree of independent living, in care requirements (Camberwell Assessment of Needs), in empowerment (Personal Empowerment Scale) and in the quality of life (WHO-QoL). The effects were tested at 12 and 24 months.
- RESULTS** The degree of goal attainment was substantially higher in BPR at both 12 months (adjusted risk difference: 16%; 95%CI, 2 to 31; NNT = 7) and 24 months (adjusted risk difference: 21%, 95%CI, 4% to 38%; NNT = 5). The approach was also more effective in the area of societal participation (BPR: 21% adjusted increase, CAU: 0% adjusted increase; NNT = 5), but not in the other secondary outcome measures.
- CONCLUSION** The results suggest that BPR is effective in supporting patients with SMI to reach self-formulated rehabilitation goals and in enhancing their societal participation.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)3, 179-189

KEY WORDS goal attainment, psychosocial rehabilitation, psychiatric rehabilitation, severe mental illness, societal participation, vocational rehabilitation