

Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: een open onderzoek

W.E. SWILDENS, A.J. VAN KEIJZERSWAARD, T.F. VAN WEL, G.J.J. DE VALK, M.W. VALENKAMP

ACHTERGROND Rehabilitatie is sterk in opkomst in de geestelijke gezondheidszorg. De individuele rehabilitatiebenadering (IRB) beoogt chronische psychiatrische patiënten te helpen bij het verhelderen en realiseren van hun toekomstwensen op de levensgebieden wonen, werk/dagbesteding, leren en sociale contacten. Naar de resultaten is nog weinig onderzoek verricht.

DOEL Het hier beschreven onderzoek beoogt inzicht te geven in de toepassing en resultaten van de IRB voor patiënten en medewerkers.

METHODE Voor het onderzoek zijn bij Altrecht in de regio Utrecht 58 patiënten en hun begeleiders 2 jaar gevolgd. Bij dit open onderzoek met voor- en nameting zijn de uitkomstmaten: het bereiken van de doelen van patiënten, hun dagelijks functioneren, ervaren autonomie, kwaliteit van leven en afstemming van zorgbehoefte en -aanbod.

RESULTATEN De getrainde rehabilitatieactiviteiten, zoals met de patiënt rehabilitatiedoelen formuleren, zijn daadwerkelijk uitgevoerd. Van de patiënten heeft 57% grotendeels het gestelde doel bereikt; zo is 21% zelfstandig gaan wonen en 12% betaald gaan werken. Vooral bij deze succesvolle groep is het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven verbeterd. Een langer durende rehabilitatiebegeleiding blijkt in dit onderzoek voorspellend voor het bereiken van de rehabilitatiedoelen.

CONCLUSIE De eerste positieve resultaten met de IRB rechtvaardigen de verdere ontwikkeling van deze benadering, bij voorkeur gepaard aan gecontroleerd effectonderzoek.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 1, 15-26]

TREFWOORDEN chronische psychiatrische stoornis, rehabilitatie

Het begrip rehabilitatie verwijst naar een brede verzameling ideeën en praktijken die het herstel en de maatschappelijke participatie van chronische psychiatrische patiënten beogen (Schene & Henselmans 1999; Van Weeghel 2000). In Nederland zijn diverse rehabilitatiemethodieken in omloop, waarvan de individuele rehabilitatiebenadering (IRB) een van de invloedrijkste is. Deze benadering is vanaf de jaren tachtig vanuit het Center for Psychiatric Rehabilitation in Boston ontwikkeld (Anthony e.a. 1982, 1990). Stichting

Rehabilitatie '92 heeft alle IRB-modules vertaald en traint hulpverleners hierin (Dröes 1992).

De IRB behelst een gesprekstechniek die is opgebouwd uit drie fasen. Eerst wordt met de patiënt uitgezocht wat deze in de toekomst (een half jaar tot twee jaar) concreet wil bereiken op een zelf gekozen rehabilitatieterrein: wonen, werk/dagbesteding, leren of sociale contacten hebben. Begeleider en patiënt bespreken vervolgens wat nodig is aan vaardigheden en ondersteuning (hulpbronnen) om dit rehabilitatiedoel

te bereiken. In een tweede fase plannen patiënt en begeleider de benodigde interventies om het doel dichterbij te brengen. De derde fase bestaat enerzijds uit het aanleren van vaardigheden, anderzijds uit 'hulpbronneninterventies' (gericht op personen of voorzieningen die ondersteunend kunnen zijn). Het komt voor dat patiënten geen (reële) doelen formuleren. Dan wordt de 'doelvaardigheid' ('readiness') voor rehabilitatie nader bekeken. Uitkomst hiervan kan zijn om niet verder te gaan met de rehabilitatie, omdat de patiënt bijvoorbeeld geen verandering wenst. Het is ook mogelijk om doelvaardigheid te ontwikkelen, bijvoorbeeld door steun uit de omgeving te activeren. Een individueel rehabilitatietraject duurt gemiddeld anderhalf jaar. Het verhelderen van toekomstwensen en het stellen van een rehabilitatiedoel bijvoorbeeld, kost gemiddeld zes tot acht maanden.

Thans (begin 2002) werken 45 hulpverleningsinstellingen met de IRB: 10 fusie-instellingen, 5 algemeen psychiatrische ziekenhuizen, 15 regionale instellingen voor beschermende woonvormen, 10 instellingen voor arbeidsrehabilitatie en begeleid leren, 2 zelfhulporganisaties, 2 sociale diensten en 1 instelling voor maatschappelijke opvang. Stichting Rehabilitatie '92 heeft ongeveer 10.000 medewerkers voorgelicht over de IRB en 5.000 medewerkers getraind in de toepassing ervan. Er zijn vooral verpleegkundigen, woonbegeleiders en trajectbegeleiders voor arbeid en dagbesteding getraind. Velen van hen passen onderdelen van de methode toe; zo'n 500 personen passen op dit moment de gehele methode toe (mededeling Stichting Rehabilitatie '92).

Onderzoek naar de resultaten van rehabilitatie – en specifiek de IRB – is nog weinig gedaan. Dröes (2001) concludeert in zijn overzicht in dit tijdschrift dat vooral de diversiteit aan relevante uitkomstmaten een obstakel vormt bij het doen van rehabilitatieonderzoek. Beschikbare onderzoekspublicaties over de IRB melden positieve uitkomsten, zoals een kortere opnameduur van patiënten en zelfstandiger functioneren in woon- en werksituaties (Farkas

& Anthony 1989). Deze onderzoeken zijn echter gedateerd en behelzen geen effectonderzoeken. We concluderen dat de IRB in het werkveld belangstelling krijgt, maar dat de praktijkervaring in Nederland nog beperkt is. Tevens is de wetenschappelijke basis van de IRB nog smal, wat nader onderzoek noodzakelijk maakt.

Ons onderzoek is uitgevoerd in Altrecht (de Langdurige zorgunits en het Regionaal Psychiatrisch Centrum (RPC) te Zeist) en bij de Regionale Instelling voor Arbeidsrehabilitatie en Dagbesteding (RIDA) in Utrecht. Deze instellingen passen de IRB vanaf 1995 toe. Er is onderzocht welke ervaringen patiënten en medewerkers met de IRB hebben opgedaan en tot welke uitkomsten dit heeft geleid.

METHODE

Onderzoeksopzet

De open onderzoeksopzet is te typeren als een combinatie van implementatieonderzoek en programmaevaluatie (Donker & Derks 1993). Doel van implementatieonderzoek is inzicht geven in de mate waarin de interventie (de IRB) daadwerkelijk wordt toegepast en wat daarbij knelpunten zijn. Doel van programmaevaluatie is inzicht geven in de vraag of de beoogde resultaten met de interventie worden bereikt.

Op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met hulpverleners en patiëntvertegenwoordigers zijn effectvariabelen geformuleerd. Daarbij is aandacht besteed aan mogelijke positieve en negatieve effecten van de IRB, bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van leven of psychische terugval als gevolg van toenemende druk op patiënten. Voor het onderzoek, uitgevoerd in de periode 1998-2000, zijn 58 patiënten en hun begeleiders gevolgd. Het onderzoek bestaat uit een startmeting en een follow-upmeting na anderhalf jaar. Daarnaast is door middel van tussentijdse interviews en een zesmaandendurend registratieonderzoek het rehabilitatieproces beschreven.

Onderzoeksgroep

Bij de start van het onderzoek waren 30 hulpverleners getraind in de IRB. Voor het onderzoek werden alle patiënten benaderd die in de eerste helft van 1998 met de getrainde hulpverleners aan rehabilitatiegesprekken begonnen of daarmee in het voorafgaande kwartaal gestart waren. Het betrof zowel patiënten die in IRB-terminen doelvaardig waren, als patiënten die dit nog niet waren.

Bij de Langdurige zorgunits werden 55 patiënten voor het onderzoek gevraagd. Tien van hen (18%) wilden niet meedoen, mede wegens eerdere onderzoekservaringen ('belastend' en 'je hoort er niets van terug'). Van de RIDA en het RPC deden 17 patiënten mee, die ook langdurig in zorg waren.

Van de in totaal 62 patiënten deden er 57 zowel mee aan de startmeting als aan de follow-up-meting; 2 patiënten verdwenen uit zicht, 2 patiënten zegden hun medewerking aan het onderzoek tussentijds op en 1 patiënt kon door lichamelijke ziekte niet geïnterviewd worden. Zijn begeleider werd wel geïnterviewd en deze gegevens zijn betrokken in de analyses. De patiënten werden gemiddeld 17 maanden gevolgd (inclusief patiënten die tussentijds uitvielen).

Tabel 1 toont de kenmerken van de onderzoeksgroep. Eenenzestig procent was man; de gemiddelde leeftijd was 43 jaar; 55% had de diagnose schizofrenie. Bij aanvang was 60% opgenomen in het APZ. De meesten verbleven er al langdurig en woonden in sociowoningen.

De patiëntengroep was niet representatief voor de hele populatie in de langdurige zorg. Vergeleken met intramurale langdurigezorgpatiënten had de onderzoeksgroep minder beperkingen gemeten met de Vragenlijst functioneringsniveau (Van Wel 1992, 2002): de onderzoeksgroep had gemiddeld 14 beperkingen (categorie 'weinig beperkingen'), de normgroep van intramurale patiënten gemiddeld 33,5 beperkingen (categorie 'gemiddelde beperkingen'). Onze onderzoeksgroep was vergeleken met algemene

TABEL 1 Kenmerken van patiënten in de IRB-onderzoeksgroep (n=62)

Geslacht	
Mannen	61%
Vrouwen	39%
Leeftijd	
< 20	2%
20-30	20%
30-40	27%
40-50	32%
50-60	10%
> 60	10%
Psychiatrische diagnose	
Schizofrenie	55%
Affectieve psychose	11%
Overige niet-organische psychose	3%
Persoonlijkheidsstoornis	13%
Neurotische/depressieve stoornis	13%
Overige stoornissen	5%
Opnametijd in APZ	
Geen opname	8%
< 1 jaar	14%
1-2 jaar	6%
2-5 jaar	15%
> 10 jaar	58%
Woonsituatie	
APZ	60%
RIBW	3%
Eigen woning	37%

IRB = individuele rehabilitatiebenadering
APZ = algemeen psychiatrisch ziekenhuis
RIBW = regionale instelling voor beschermende woonvormen

populaties van chronische psychiatrische patiënten (Kroon e.a. 1998) iets jonger en bevatte meer mannen.

Er deden 26 rehabilitatiebegeleiders mee aan het onderzoek; dit waren overwegend verpleegkundigen (18) en verder maatschappelijk werkenden, psychologen en trajectbegeleiders. De medewerkers waren via training en werkbegeleiding voorbereid op het werken met de IRB, waarmee de meesten (23 van de 26) ten minste een half jaar praktijkervaring hadden.

Meetinstrumenten

Er zijn uitkomstmaten opgesteld voor de volgende gebieden: het verhelderen van wensen; het bereiken van rehabilitatiedoelen; maatschappelijke participatie; ervaren autonomie; functioneringsniveau; kwaliteit van leven; afstemming zorgbehoefte en -aanbod; waardering begeleiding. Tevens zijn er uitkomstmaten opgesteld voor het optreden van negatieve neveneffecten: psychische terugval; werkbelasting van de medewerkers.

Verhelderen wensen Bij de startmeting vroegen we aan patiënten en begeleiders in een semi-gestructureerd interview aan welk van de IRB-doelgebieden (wonen, werk/dagbesteding, leren, onderhouden van sociale contacten) zij wilden werken. Voor de start van de procesmeting werd bij begeleiders schriftelijk gecontroleerd of de eerder geformuleerde doelen nog van toepassing waren. Bij de follow-up-meting werd aan patiënten en begeleiders gevraagd of de wensen op de doelgebieden waren verhelderd ('ja', 'enigszins', 'niet', 'weet niet') en of de rehabilitatiebegeleiding hieraan had bijgedragen.

Bereiken van de rehabilitatiedoelen Bij de follow-up vroegen we patiënten en begeleiders aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst of de doelen 'geheel', 'gedeeltelijk' of 'niet' waren gehaald. De onderzoekers gaven op basis van de verkregen informatie een definitieve beoordeling. Een doel werd als 'geheel gerealiseerd' beschouwd als de patiënt bijvoorbeeld de gewenste betaalde baan kreeg, als 'gedeeltelijk

gerealiseerd' als hij een werkervaringsbaan kreeg in de gewenste sector en als (nog) 'niet gerealiseerd' als hij geen betaald werk of voor hem bevredigend alternatief kreeg.

Maatschappelijke participatie Door middel van semi-gestructureerde interviews met patiënten en begeleiders werden veranderingen op de doelterreinen van de rehabilitatie, zoals zelfstandig gaan wonen of werk krijgen, beschreven.

Ervaren autonomie Aan patiënten werden vragen op twee van de drie dimensies van de autonomieschaal (Bekker 1993) gesteld: 'zelfbewustzijn' en 'vermogen tot hanteren van nieuwe situaties'. Het betrof een zelfbeoordelingslijst van het Likert-type (7-puntsschaal).

Functioneringsniveau Veranderingen werden onderzocht met de 'Vragenlijst functioneringsniveau' (Van Wel 1992, 2002), gebaseerd op een observatieschaal met een bereik van 2 ('altijd') tot 0 ('nooit'). De vragenlijst kent 7 subschalen: (1) basale zelfredzaamheid; (2) interne sociale integratie (bijvoorbeeld 'helpt andere bewoners'); (3) potentiële sociale vaardigheden; (4) externe contacten met personen van buiten de instelling/leeftijd zonder er zelf te komen; (5) buiten de instelling/leeftijd komen; (6) vreedzaam in de omgang; en (7) mediagebruik (bijvoorbeeld 'leest de krant'). Uit factoranalytisch onderzoek bleek dat de subschalen deel uitmaakten van de schaal 'functioneringsniveau' met een goede interne validiteit en hoge betrouwbaarheid (Cronbach's $\alpha = 0,88$).

Kwaliteit van leven Veranderingen op dit gebied werden bij de startmeting en de follow-up-meting bij patiënten gemeten met een kwaliteit-van-levenvragenlijst (Kroon 1996). Deze zelfbeoordelingslijst kent 11 onderdelen, waarvan 8 de huidige situatie op specifieke levensgebieden betreffen (bijvoorbeeld woonsituatie, lichamelijke gezondheid, hulpverlening). Drie vragen betreffen de tevredenheid over het leven

in het algemeen (op dat moment, het jaar daarvoor, een jaar later). Aan patiënten werd gevraagd op elk onderdeel hun tevredenheid in een rapportcijfer (van 1 tot 10) uit te drukken.

Afstemming zorgbehoefte en -aanbod We gebruikten de *Camberwell Assesment of Needs (CAN)*, bestaande uit een zelfbeoordelingslijst voor patiënten en een gespiegelde observatielijst voor hulpverleners (Phelan e.a. 1995). Dit instrument bracht de zorgbehoeften van patiënten op 22 levensgebieden in kaart, waarbij de behoeften naar een voorbeeld van Van Busschbach & Wiersma (1999) in 4 dimensies waren ingedeeld. Dit betrof de levensgebieden huishouding, voeding en zelfzorg (dimensie adl-behoeften (algemene dagelijkse levensverrichtingen)); de gebieden lichamelijke gezondheid, psychotische symptomen, informatie over de behandeling, psychisch onwelbevinden, veiligheid voor de persoon zelf, veiligheid voor anderen, alcohol, drugs (dimensie ggz-behoeften); de gebieden huisvesting, dagelijkse bezigheden, sociale contacten, intimiteit (rehabilitatiebehoeften); de gebieden onderwijs, telefoon, vervoer, geld, uitkeringen (voorzieningenbehoefte). De zorgbehoeften konden worden gescoord als 1 (geen probleem), 2 (beperkt probleem), 3 (ernstig probleem).

Waardering begeleiding Patiënten en begeleiders werden hierover tijdens de startmeting, de follow-up- en de procesmeting aan de hand van semi-gestructureerde vragenlijsten geïnterviewd. Om de onderlinge band en de doel- en taakgerichtheid van de relatie te meten werd bij aanvang van het onderzoek de *Werkalliantievragenlijst* afgenomen (Horvath & Greenberg 1989; Vervaecke & Vertommen 1996). Zowel de patiënten als de begeleiders beoordeelden hun werkrelatie op een Likert-type 7-puntsschaal.

Psychische terugval Psychische terugval als gevolg van stress bij het werken aan rehabilitatiedoelen werd onderzocht door interviews met patiënten en begeleiders. Verder vulden de bege-

leiders drie keer in 1998 en 1999 de *Global Assessment of Functioning scale (GAF)*, bereik 0-100 in. Ook werd informatie verzameld over het vóórkomen van decompensaties.

Werkbelasting Naar een eventuele toename van de werkbelasting van medewerkers door de IRB werd in interviews gevraagd. Voorts werd bij de startmeting (medewerkers hadden ten minste een half jaar IRB-ervaring) de *Maslach Burn-out Inventory* afgenomen (MBI-nl, Schaufeli & Van Dierendonk 1995), een zelfbeoordelingslijst voor gezondheidswerkers (Likert-type 5-puntsschaal).

Statistische analyse

De verschillen tussen startmeting en follow-up-meting op de gestandaardiseerde vragenlijsten zijn met gepaarde t-toetsen onderzocht. Vervolgens is onderzocht welke factoren samenhangen met achtereenvolgens: verandering in functioneren (Vragenlijst functioneringsniveau); verandering in kwaliteit van leven (Kwaliteit-van-leven-vragenlijst); het bereiken van de doelen (1 = geheel, 2 = gedeeltelijk, 3 = niet).

Eerst zijn op basis van bivariate analyses (t-toetsen, χ^2 -toetsen) samenhangen gezocht tussen elk van deze drie genoemde afhankelijke variabelen en een reeks van onafhankelijke variabelen (onder meer variabelen met betrekking tot persoonskenmerken, psychiatrische diagnose, zorgbehoeften/zorgsituatie, opnameduur, functioneringsniveau, autonomie, waardering kwaliteit van leven, waardering werkrelatie, doelgebied rehabilitatie, duur rehabilitatie, trainingsniveau/ervaring rehabilitatiewerker). Vervolgens zijn de variabelen die significant samenhangen met de afhankelijke variabele opgenomen in multiple regressieanalyses.

RESULTATEN

Toepassing IRB

Door hun langdurige ggz-contacten waren

de meeste patiënten bij de start al bekend met hun rehabilitatiebegeleider. De begeleiders combineerden hun activiteiten als rehabilitatiebegeleider gewoonlijk met andere vormen van hulpverlening aan de betrokken patiënt: als persoonlijk begeleider, behandelaar of maatschappelijk werker. De samenwerking richtte zich meestal op het doelterrein wonen (55%) en op de werk/dagbesteding (34%). De wensen op deze gebieden werden geconcretiseerd met de patiënten en er werd hulp geboden bij het realiseren ervan.

Hoewel veel patiënten wensen hadden op het gebied van sociale contacten, bleken ze hierin weinig begeleiding te krijgen. Volgens de CAN had bij de start 58% van de patiënten zorgbehoeften op dit gebied. Bij 30% werd geheel niet in deze behoeften voorzien. Toch kozen niet meer dan 3 patiënten (5%) met hun begeleiders 'sociale contacten' als doelterrein. Volgens de begeleiders kwam dit doordat de IRB hen weinig handvatten bood om patiënten op dit terrein te begeleiden.

Bij het merendeel van de patiënten (91%) werd op grond van zogenaamde doelvaardigheidsbeoordeling vastgesteld dat ze toe waren aan het stellen van een rehabilitatiedoel. Driekwart van de patiënten kreeg hulp bij het stellen van een rehabilitatiedoel. Bij 47% van de patiënten vond een beoordeling plaats van de (te leren) vaardigheden en benodigde hulpbronnen; bij 35% werd gewerkt aan vaardigheidsontwikkeling en ondersteuning geboden bij het realiseren van hulpbronnen.

De begeleiding duurde bij de meeste patiënten (59%) langer dan anderhalf jaar. Bij 61% werden ten minste 20 rehabilitatiegesprekken geregistreerd en 41% had meer dan 30 gesprekken. Uit de registratie van de rehabilitatiecontacten bleek dat gemiddeld 1,3 uur per patiënt per maand aan IRB was besteed.

Rehabilitatiegesprekken werden regelmatig enige tijd gestopt. De redenen varieerden van psychische terugval tot het moeten wachten op een woning. Begeleiders waren geneigd het IRB-traject na zo'n onderbreking niet te vervolgen.

Verder dreigde aandacht voor rehabilitatie snel ondergesneeuwd te raken door ander dagelijks werk. Het onderzoek stimuleerde sommige begeleiders om het traject weer op te pakken.

Effecten voor patiënten en begeleiders

In tabel 2 staan de resultaten van de toepassing van de IRB voor de patiënten vermeld.

Verhelderen toekomstwensen Ongeveer evenveel patiënten (79%) als begeleiders (81%) vonden dat er sprake was van toegenomen inzicht in de rehabilitatiedoelen. Niet alle patiënten vonden overigens dat de rehabilitatiebegeleiding hen op dit punt verder hielp; van de genoemde 79% vond 17% dat andere factoren zoals 'op eigen kracht iets leren' belangrijker waren en 62% vond wel dat de IRB positief bijdroeg aan hun inzicht in wensen en doelen.

Bereiken van de rehabilitatiedoelen De oordelen hierover van patiënten, begeleiders en onderzoekers kwamen in 84% van de gevallen overeen. In overige gevallen ging het meestal om de vraag of de doelen gedeeltelijk of geheel waren bereikt. Volgens het (meest kritische) oordeel van de onderzoekers bereikte 41% van de patiënten de doelen en bereikte 16% de doelen gedeeltelijk. Het laatste hield bijvoorbeeld in dat een patiënt niet de gewenste betaalde baan kreeg, maar een werkervaringsplaats in de gewenste werksoort.

Maatschappelijke participatie Het bereiken van de rehabilitatiedoelen werd concreet zichtbaar doordat 21% van de patiënten zelfstandig was gaan wonen en 12% betaald werk kreeg. Eén patiënt was bij de follow-up-meting teruggekeerd vanuit een zelfstandige woonsituatie naar het APZ. Omdat leren en sociale contacten nauwelijks als doelgebied werden gekozen, werden op deze gebieden voor de hele onderzoeksgroep weinig veranderingen gemeten.

Verandering autonomie Gemiddeld waren er

geen veranderingen in de door patiënten ervaren autonomie. In de interviews vertelden sommige patiënten dat het werken aan rehabilitatie bijdroeg aan het vertrouwen in eigen kunnen, maar ook dat de (gewenste) veranderingen nieuwe onzekerheden met zich meebrachten. Sommigen vroegen zich bijvoorbeeld af of het alleen wonen wel zou lukken of hadden het gevoel dat de uitkomst erg afhankelijk was van andermans steun.

Functioneringsniveau We vonden een verbetering in het functioneringsniveau ($p = 0,02$), vooral bij de dimensie ‘externe contacten’, met items als ‘regelmatig bezoek ontvangen’ en ‘brieven krijgen’. Als voorspellende variabelen voor verbetering in het functioneren kwam uit multi-pele regressieanalyse naar voren: het vermogen tot nieuwe situaties hanteren (dimensie autonomielijst) ($p < 0,01$), een kortere opnameduur ($p < 0,001$) en een beter functioneringsniveau bij de start ($p = 0,03$). De verklaarde variantie was 50%.

Kwaliteit van leven Voor de hele groep cliënten (57) vonden wij geen veranderingen in de kwaliteit van leven. Wel was er een significant verschil tussen de subgroep patiënten die de doelen (grotendeels) bereikte en de subgroep die deze niet bereikte ($p = 0,01$). Bij de groep die het doel (grotendeels) bereikte, verbeterde in rapportcijfers uitgedrukt de gemiddelde kwaliteit van leven van 6,9 naar 7,2; bij de groep die het doel niet bereikte, daalde deze van 6,7 naar 6,4. Het bereiken van de doelen bleek uit multi-pele regressieanalyse 1 van de 3 voorspellende factoren voor verbetering van de kwaliteit van leven ($p = 0,01$). De andere voorspellers waren een betere kwaliteit van leven bij de startmeting ($p < 0,01$) en betere potentiële sociale vaardigheden ($p = 0,01$) (34% verklaarde variantie).

Afstemming zorgvraag en -aanbod Het gemiddeld aantal zorgbehoeften op de rehabilitatiedoelgebieden (wonen, werken/dagbesteding, leren en sociale contacten) nam significant af volgens het oordeel van zowel de patiënten als

begeleiders. Deze bevindingen kwamen overeen met uitkomsten uit eerder onderzoek (Van Busschbach & Wiersma 1999). Op de andere zorgdimensies van de CAN (adl-behoeften, ggz-behoeften en behoefte aan voorzieningen) deden zich geen verbeteringen voor.

Waardering begeleiding Gezien de positieve uitkomsten van werken aan rehabilitatiedoelen, zou men mogen verwachten dat de geboden begeleiding positief werd geëvalueerd. Dit was inderdaad het geval. Bij de start van het onderzoek waren de patiënten en de begeleiders, gemeten met de Werkalliantievragenlijst, al zeer tevreden met de begeleiding. De tevredenheid van de patiënten over de contractdimensie (taak- en doelgerichtheid werkrelatie) lag iets boven die van een groep psychotherapiepatiënten uit onderzoek van Vervaeke & Vertommen (1996). Terugkijkend zei 83% van de patiënten tevreden te zijn over de begeleider. Vijfzeventig procent was tevreden over de gespreksvoering. Eenderde had meer begeleidingstijd gewenst.

Psychische terugval Psychische terugval kwam voor bij 8 patiënten in het jaar voorafgaand aan de follow-up. Dit werd door patiënten en begeleiders niet beschouwd als een gevolg van de rehabilitatiegesprekken. In deze gevallen werden de rehabilitatiegesprekken tijdelijk gestopt. De GAF-score van de onderzoeksgroep schommelde tijdens het onderzoek gemiddeld rond 60, een score voor ‘matig ernstige problemen’. Op basis van interviews met cliënten vermoeden we dat de GAF door een aantal begeleiders weinig adequaat is ingevuld. Extra instructie aan begeleiders en validiteitschecks was wenselijk geweest (Moos e.a. 2002). In de verdere analyses is de GAF niet betrokken.

Werkbelasting Werkbelasting als gevolg van de IRB werd door de medewerkers niet als een probleem ervaren. Uit de scores op de Maslach Burn-out Inventory bleek dat werken met de IRB niet gepaard ging met hoge werkdruk. De score

TABEL 2 Resultaten voor patiënten van de toepassing van de Individuele rehabilitatiebenadering (IRB)

Uitkomstmaten	Resultaten (n)*	Gemiddelde (SD)
Inzicht in toekomstwensen (semi-gestructureerd interview)	toename inzicht bij 79% van de patiënten (58)	
Bereiken van rehabilitatiedoel (semi-gestructureerde vragenlijst)	41% heeft doel bereikt 16% heeft doel gedeeltelijk bereikt (57)	
Maatschappelijke participatie (semi-gestructureerd interview)	21% gaat zelfstandig wonen 12% gaat betaald werken (58)	
Ervaring autonomie (zelfbeoordelingslijst: Likert-type)	geen veranderingen in 'zelfbewustzijn' (57) geen veranderingen in 'nieuwe situaties hanteren' (57)	T1 4,7(0,8); T2 4,7(0,9) T1 3,7(0,9); T2 3,7(0,9)
Functioneren (Vragenlijst functioneringsniveau)	afname van de beperkingen (49)	T1 14,0(7,7); T2 12,1(8,9)
Kwaliteit van leven (zelfbeoordelingslijst: Kwaliteit-van-leven-vragenlijst)	verbetering voor patiënten die hun doelen bereiken (24) verslechtering voor patiënten die hun doelen niet bereiken (25)	T1 6,9(1,1); T2 7,2(1,0) T1 6,7(1,2); T2 6,4(1,3)
Afstemming zorgvraag en zorgbehoefte (vragenlijst: CAN)	afname rehabilitatiezorgbehoeften volgens patiënten (57) afname rehabilitatiezorgbehoeften volgens begeleiders (57)	T1 2,3(1,3); T2 1,5(1,1) T1 2,4(1,3); T2 1,9(1,6)
Waardering begeleider (interview; Werkalliantievragenlijst)	83% is tevreden over de begeleiding (57) positieve scores over werkalliantie bij startmeting door patiënten (56) positieve scores over werkalliantie bij startmeting door begeleiders (56)	T1 0,8(0,9) T1 0,8(0,9)
Psychische terugval (interview; registratie; GAF)	8 patiënten decompenseerden (geen verband met IRB) GAF-gemiddelde bij 3 meetmomenten (57)	60(14,2)

* Omdat niet alle patiënten/begeleiders alle interviews/vragenlijsten (volledig) beantwoord hebben, varieert de n.
T1 = startmeting
T2 = follow-up-meting
SD = standaarddeviatie
CAN = Camberwell Assessment of Needs
GAF = Global Assessment of Functioning

van de medewerkers op 'emotionele uitputting' was vergelijkbaar met het gemiddelde voor gezondheidswerkers (gem. 11,4; SD 7,1 versus normgroep gem. 15,1; SD 8,1; $n = 25$, niet in tabel).

Voorspellers van succes

Welke patiënten profiteerden van de individuele rehabilitatie? Degenen die hun doelen bereikten waren significant vaker mensen waarmee volgens hun begeleiders doel- en taakgericht werd samengewerkt (contractdimensie van de Werkalliantievragenlijst; $r = 0,37$; $p = 0,01$), met een grotere basale zelfredzaamheid (Vragenlijst functioneringsniveau; $r = 0,30$, $p = 0,02$) en die relatief langer (vooral vanaf langer dan een jaar) begeleid werden ($r = 0,31$, $p = 0,02$). Er waren geen andere patiëntkenmerken (zoals geslacht, leeftijd, opnameduur, diagnose) of begeleidingsfactoren (zoals de gevolgde IRB-modules of de ervaring van de begeleiders of hun persoonlijke competentie) die het al dan niet bereiken van de doelen voorspelden. Ook het type doel (gericht op wonen of werk) maakte geen verschil. Naast de bivariate analyses werd een multiële regressie-analyse uitgevoerd. Hierbij kwam de langere duur van de rehabilitatiebegeleiding als enige voorspeller naar voren: naarmate patiënten langer begeleid werden, bereikten ze vaker hun revalidatiedoel (verklaarde variantie 10%, $p = 0,03$).

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Rehabilitatiemethodieken moeten eraan bijdragen dat chronisch psychiatrische patiënten conform hun wensen en vermogens in de samenleving functioneren. Het is dan ook bemoedigend dat dit onderzoek naar de toepassing van de IRB bij deze groep patiënten overwegend positieve resultaten heeft getoond.

Het blijkt dat getrainde verpleegkundigen, trajectbegeleiders en andere hulpverleners deze revalidatiebenadering naar behoren kunnen uitvoeren. Zowel patiënten als hun begeleiders oordelen positief over de geboden IRB-begelei-

ding. Patiënten hebben het gevoel dat er serieus en diepgaand op hun toekomstwensen wordt ingegaan. Bovendien weten de meeste patiënten hun doelen geheel of gedeeltelijk te bereiken. Hoewel patiënten hierdoor geen grotere autonomie ervaren, worden hun zorgbehoeften, in het bijzonder op de revalidatieterrainen, kleiner. Tevens zijn er bescheiden verbeteringen in het dagelijks functioneren en de maatschappelijke participatie. Negatieve neveneffecten, in de zin van een toename van psychische decompensaties bij patiënten of een toename van de ervaren werkbelasting bij begeleiders, zijn niet gevonden. Patiënten die hun doelen bereiken, ervaren een verbetering in hun kwaliteit van leven ten opzichte van de groep die de doelen niet haalt.

Onze onderzoeksgroep blijkt niet geheel representatief voor de gevarieerde populatie van langdurig zorgafhankelijke patiënten in de ggz. De patiënten in ons onderzoek zijn gemiddeld iets jonger en hebben een hoger niveau van functioneren. Enige veranderingsbereidheid is een impliciete voorwaarde voor deelname. De IRB-begeleiding draagt ertoe bij dat deze patiënten niet alleen beter inzicht in hun doelen krijgen, maar deze ook kunnen verwezenlijken. Het onderzoek laat ook zien dat de IRB op sommige punten een betere uitwerking verdient. Hulpverleners vragen om betere handvaten voor het revalidatieterrain 'sociale contacten'. Ook wordt de gesprekstechniek nogal eens als te gedetailleerd ervaren, waardoor begeleiders het zicht op het gehele proces dreigen te verliezen.

Verder blijft de gemiddelde tijdsinvestering in de individuele revalidatietrajecten bescheiden. Een derde deel van de patiënten vindt de begeleidingstijd te kort. Dat is begrijpelijk, omdat zij in een sector van de ggz verblijven die maar weinig begeleidingstijd te bieden heeft (Van Wijngaarden e.a. 2001). Mogelijk zou een grotere tijdsinvestering tot nog betere uitkomsten leiden.

Een interessante uitkomst in dit verband is dat juist een langere duur van revalidatietra-

jecten bijdraagt aan het bereiken van de revalidatiedoelen. Deze bevinding sluit aan op die van eerdere overzichtsonderzoeken, waaruit blijkt dat langer durende revalidatie-interventies effectiever zijn dan kortstondige interventies (Mueser e.a. 1997). Overigens gaat de individuele revalidatie gepaard met een geringe verbetering in het algemene functioneren van patiënten. Dit komt overeen met bevindingen uit eerdere onderzoeken naar revalidatiestrategieën met betrekking tot casemanagement, woonbegeleiding en arbeidsrehabilitatie (Pieters & Van der Gaag 2000).

Het onderzoek heeft inzicht gegeven in de voorwaarden voor succesvolle implementatie van de individuele revalidatie in een reguliere zorgpraktijk. Van begeleiders wordt een systematische werkwijze verlangd, evenals het vermogen om over langere tijd (tot anderhalf jaar) trajecten te plannen en begeleiden. Tevens vereist de IRB dat de begeleiding wordt toegespitst op één of twee doelterreinen. Een aantal begeleiders kan zo'n langdurig en toegespitst revalidatietraject niet goed met andere hulpverleningstaken combineren. Het gebruik van de IRB krijgt betere kansen wanneer op de afdelingen ervaren werkbegeleiders en gemotiveerde leidinggevenden aanwezig zijn.

Van belang is dat het werken volgens de IRB wordt afgestemd met de andere zorg en behandeling die patiënten ontvangen. Daartoe moet revalidatie een duidelijke plaats in de zorgprogramma's krijgen. In dat verband is in Midden-Westelijk Utrecht een module revalidatie ontworpen die in elk stoornisgericht zorgprogramma is opgenomen.

Dit onderzoek naar de IRB omvat geen gecontroleerd effectonderzoek. Dergelijk onderzoek ligt niet onmiddellijk voor de hand bij complexe praktijken die nog volop in ontwikkeling zijn. Een probleem bij de huidige opzet is dat niet hard gemaakt kan worden dat geobserveerde veranderingen toegeschreven kunnen worden aan de onderzochte interventie. Daarvoor is onder meer een controlegroep nodig. We

denken dat voortbouwend op deze en andere open onderzoeken (Van Busschbach & Wiersma 1999) de tijd rijp is om in Nederland gecontroleerde effectonderzoeken naar individuele revalidatie uit te voeren.

✍ De auteurs danken A. Schene en J. van Weeghel voor hun adviezen.

LITERATUUR

- Anthony, W.A., Cohen, M., & Farkas, M. (1982). A psychiatric rehabilitation treatment program: can I recognize one if I see one? *Community Mental Health Journal*, 18, 83-95.
- Anthony, W.A., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University.
- Bekker, M. (1993). The development of an autonomy scale based on recent insights into gender identity. *European Journal of Personality*, 7, 177-194.
- Busschbach, J. van, & Wiersma, D. (1999). *Behoeft, zorg en revalidatie in de chronische psychiatrie*. Groningen: Disciplinarygroep psychiatrie Rijksuniversiteit Groningen.
- Donker, M., & Derks, J. (Red.). (1993). *Rekenschap. Evaluatie-onderzoek in Nederland, de stand van zaken*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Dröes, J. (1992). *Een opleidingsprogramma voor revalidatie*. Rotterdam: Stichting Revalidatie '92.
- Dröes, J. (2001). Revalidatie-effectonderzoek: een inventarisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 621-629.
- Farkas, M., & Anthony, W.A. (Red.). (1989). *Psychiatric rehabilitation programs: putting theory into practice*. Baltimore: John Hopkins University press.
- Horvath, A., & Greenburg, L. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Kroon, H. (1996). *Groeiende zorg; ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Kroon, H., Theunissen, J., Busschbach, J. van, e.a. (1998). Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten in Nederland: conclusies uit regionale prevalentiestudies. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 40, 199-211.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., & Bond, G.R. (1997). Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 123-137.

- Moos, R.H., Nichol, A.C., & Moos, B.S. (2002). Global Assessment of Functioning ratings and the allocation and outcomes of mental health services. *Psychiatric Services*, 53, 730-737.
- Pieters, G., & van der Gaag, M. (Red.). (2000). *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., e.a. (1995). The Camberwell Assessment of Needs: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.
- Schaufeli, W., & van Dierendonk, D. (1995). *Maslach Burn-out Inventory, Nederlandse versie (MBI-NL)*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Schene, A., & Henselmans, H. (1999). Psychiatrische rehabilitatie in Nederland en Vlaanderen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 719-728.
- Swildens, W., van Keijzerswaard, A., & Valenkamp, M. (2001). *Rehabilitatie: hoe langer, hoe beter. Onderzoek naar individuele rehabilitatie in de psychiatrie*. Amsterdam: SWP.
- Vervaeke, G., & Vertommen, H. (1996). De werkalliantievragenlijst (WAV). *Gedragstherapie*, 29, 139-144.
- Weeghel, J. van. (2000). *Rehabilitatie vanaf 2000*. In M. Nuy (Red.), *Rehabilitatie, een oriëntatie en een beschrijving van drie benaderingswijzen* (pp. 78-86). Utrecht: SWP.
- Wel, T. van. (1992). *Chroniciteit in beweging. Een longitudinaal onderzoek naar het functioneringsniveau van bewoners van verblijfsafdelingen*. Den Dolder: Willem Arntsz Hoeve.
- Wel, T. van. (2002). *Rehabilitatie door het woonmilieu. Een longitudinaal onderzoek naar de relatie tussen de mate van normalisatie van het woonmilieu en de activiteiten en participatie van chronisch psychiatrische cliënten*. Proefschrift. Den Dolder: Altrecht.
- Wijngaarden, B. van, Bransen, M.E.M., & Wennink, H.J. (2001). *Een keten van lege zondagen. Tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

AUTEURS

W.E. SWILDENS is stafmedewerker onderzoek en ontwikkeling bij Altrecht divisie Stad Utrecht.

A.J. VAN KEIJZERSWAARD is stafmedewerker en coördinator rehabilitatie bij Altrecht divisie stad Utrecht.

T.F. VAN WEL is behandelaar/psycholoog en coördinator rehabilitatie bij Altrecht divisie Westelijk Utrecht.

G.J.J. DE VALK is stafmedewerker zorg, organisatie en kwaliteit bij Altrecht divisie stad Utrecht.

M.W. VALENKAMP is onderzoeker bij het Trimbos-instituut.

Correspondentieadres: mevrouw W. Swildens, Altrecht, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PG Utrecht.

E-mail: w.swildens@altrecht.nl.

Strijdige belangen: T.F. van Wel is als docent verbonden aan Stichting Rehabilitatie '92.

Voor de uitvoering van het onderzoek werd toestemming verleend door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Het onderzoek werd gefinancierd door het NFGV.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-7-2002.

SUMMARY

Individual psychiatric rehabilitation of chronic psychiatric patients: an open study – W.E.

Swildens, A.J. van Keijzerswaard, T.F. van Wel, G.J.J. de Valk, M.W. Valenkamp –

BACKGROUND Rehabilitation becomes increasingly important in mental health care. The aim of the Anthony's psychiatric rehabilitation (PR) approach is to help psychiatric patients gain insight into their future goals in the areas of living, work/daily activities, learning, and social contacts, and to attain these goals. Currently little research has been done into PR.

AIM This article reports on research into the experience of workers and patients using PR in a region of Holland.

METHOD During a two-year period we followed 58 patients and their rehabilitation workers. We used the following outcome measures in an open pre/post design: attainment of patients goals, daily functioning, experienced autonomy, quality of life, and the match between the care needed and the care given.

RESULTS The workers actually did use the trained rehabilitation activities. Of the patients 57% succeeded in their goals; 21% for example, left hospital to live independently and 12% found a paid job. These successful patients in particular, showed an improvement in daily functioning and experienced an improvement in their quality of life. The length of the rehabilitation period was a predictor for goal attainment.

CONCLUSION The first positive results stress the importance of further development of the psychiatric rehabilitation model, preferably in combination with a randomised study.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 1, 15-26]

KEY WORDS long-term mental illness, rehabilitation