

De REHAB: een maat van psychiatrische invaliditeit

door J.P. Wilken en M. van der Gaag

Samenvatting

In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van de REHAB, een internationaal beproefde schaal die het functioneren van patiënten met een chronisch psychiatrische stoornis op een snelle en adequate wijze in beeld brengt. Eind 1994 verscheen na uitgebreid psychometrisch onderzoek de Nederlandse versie van de REHAB. Hiervoor werden data verzameld van ruim 1.400 patiënten in 15 psychiatrische centra. Ook uit het Nederlandse onderzoek blijkt dat de REHAB een betrouwbare en valide schaal is, die voor vele doeleinden gebruikt kan worden.

Inleiding

Zo'n twintig jaar geleden begonnen Hall en Baker met de ontwikkeling van een instrument dat gebruikt zou kunnen worden om de sluitingen van psychiatrische ziekenhuizen in Engeland te begeleiden. Het instrument moest geschikt zijn om op een snelle manier de geschiktheid voor uitplaatsing van patiënten te beoordelen. Welke patiënten konden zonder meer met ontslag? Wie kwam in aanmerking voor een beschermende woonvorm of voor een psychiatrisch verpleeghuis? Het resultaat was de REHAB (Rehabilitation Evaluation Hall And Baker, Baker en Hall 1984). De REHAB is inmiddels zowel in Engeland als in andere landen een veel gebruikt instrument geworden. Karakteristieke eigenschap van de REHAB is dat het een betrouwbare en uiterst snel te gebruiken schaal is. Eind 1994 verscheen de Nederlandstalige versie bij Swets & Zeitlinger (Van der Gaag en Wilken 1994). In dit artikel wordt het instrument beschreven alsmede de toepassingen in Nederland.

Rehabilitatie

Watts en Bennett (1987) beschrijven de ontwikkelingen in de psychiatrie en de rehabilitatie. Zij constateren dat vanaf 1955 belangrijke ver-

anderingen hebben plaatsgevonden in de manier waarop omgegaan wordt met chronisch psychiatrische problematiek. Dit betreft de mogelijkheden die medicatie, gestructureerde rehabilitatieprogramma's en steun voor mantelzorgers bieden. In Engeland is het aantal patiënten in psychiatrische ziekenhuizen gedaald met 50% en heeft zich een netwerk van alternatieve voorzieningen ontwikkeld. In Nederland zijn veel psychiatrische ziekenhuizen bezig met een deconcentratieproces, het spreiden van voorzieningen in de stad of de regio. Er ontwikkelen zich daarnaast nieuwe voorzieningen als begeleid wonen en activiteitenprojecten.

De hoop dat de zorgafhankelijkheid van chronisch psychiatrische patiënten zou verdwijnen als de kwalijke invloed van hospitalisatie is weggenomen, is niet in vervulling gegaan. De aandacht is in toenemende mate gericht op de 'new long-stay', de nieuwe langdurig zorgafhankelijken, en de 'high-contact'-patiënten, die een veelvuldig beroep doen op de hulpverlening.

De psychiatrische rehabilitatie richt zich op methoden om mensen die geringe tot ernstige beperkingen hebben, een zo gewoon mogelijk bestaan in de samenleving te geven. De beperkingen die voortvloeien uit een psychiatrische stoornis, zijn meer bepalend voor het beloop van de ziekte dan de psychopathologie zelf (Goldberg e.a. 1993). Voor een succesvolle rehabilitatie is het belangrijk om de mate en aard van de beperkingen nauwkeurig vast te stellen. Goede instrumenten die eenvoudig en snel het functioneren en de ontwikkeling daarvan in kaart brengen, zijn daarbij onmisbaar. De REHAB is hiervoor speciaal ontwikkeld.

Ontwerp en gebruiksmogelijkheden

De schaal bestaat uit twee subschalen: *Afwijkend Gedrag* (AFG), die zeven drie-punts items omvat, en *Algemeen Gedrag* (ALG), die zestien visueel-analoge items omvat. Bij de laatstgenoemde subschaal staan onder een horizontale lijn een drietal uitspraken. De score ontstaat door een teken te zetten op de lijn. Een voorbeeld is item elf. *Hoe actief was de patiënt?* Links is de referentie-uitspraak: *Zat of lag de meeste tijd stil op een plek*; rechts is de uitspraak: *Normale hoeveelheid en tempo van activiteiten*. In het midden onder de lijn staat de uitspraak: *Inactieve perioden, maar verder redelijk normaal functioneren*. Voor de verwerking van de scores wordt over het formulier een transparante scoringsmal gelegd waardoor het lijnstuk in tien gelijke delen wordt verdeeld en de numerieke score wordt toegekend.

Degenen die het beoordelingsformulier invullen, zijn hulpverleners (of familieleden) die bij de directe zorg betrokken zijn. Beide typen items zijn unipolair, met het meest ernstige beperkingenniveau van ieder item aan de linkerkant en de afwezigheid van het probleem of de

beperking aan de rechterkant van de schaal. De items zijn tot stand gekomen op basis van uitgebreide analyses van bestaande schalen en gegevens uit een aantal internationale onderzoeken waarbij vooral gekeken is naar predictoren voor succesvol ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis (o.a. Strauss en Carpenter 1974; Creer en Wing 1974). Tevens is de mening van psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en familieleden van patiënten gevraagd over belangrijke aspecten van het functioneren van chronisch patiënten.

De REHAB is toepasbaar in elke omgeving waar cliënten gedurende een periode van een week geobserveerd kunnen worden. De functie of het opleidingsniveau van de beoordelaar is hierbij niet zo van belang. De REHAB is zowel te gebruiken door relatief onervaren leerling-verpleegkundigen als door gekwalificeerde medewerkers. Er zijn twee essentiële voorwaarden om de beoordeling te kunnen uitvoeren: a) de beoordelaar is in de gelegenheid de patiënt(en) gedurende een aanzienlijk deel van de observatieweek te kunnen volgen; b) de beoordelaar is bekend met de handleiding voor het gebruik van het instrument. Snelheid is daarbij een belangrijk kenmerk van de schaal. Ervaren beoordelaars kunnen in enkele minuten de scores invullen. Door middel van een transparant en scoreformulier kunnen snel totaalscores verkregen worden. De uitwerking kost eveneens slechts enkele minuten per patiënt. De handleiding geeft nauwkeurige aanwijzingen voor het afnemen van de REHAB alsmede voor de interpretatie van de scores. Bij de REHAB worden zowel individuele als groepsrepresentatiescoreformulieren geleverd. Ook de mate van heterogeniteit van groepen op afdelingen of binnen woonvormen kan op deze wijze snel en overzichtelijk in beeld gebracht worden. Met een geringe inspanning kan relatief veel informatie verkregen worden.

Ontwikkeling van de Nederlandstalige versie

De Nederlandstalige versie van de REHAB kwam tot stand dankzij de medewerking van patiënten, onderzoekers en klinici van vijftien psychiatrische ziekenhuizen en academische centra in Nederland en Vlaanderen. In totaal zijn er gegevens van 1415 patiënten verzameld. De REHAB is afgenomen in zeer uiteenlopende milieus: beschermende woonvoorzieningen, woonafdelingen met weinig en veel zorg, afdelingen met vooral jonge patiënten (meestal resocialisatieafdelingen) en afdelingen met oudere patiënten (waaronder geriatrie afdelingen en afdelingen met een verpleeghuisfunctie). Mede door het grote aantal is een representatieve steekproef van de Nederlandse psychiatrische populatie bereikt. De spreiding over het land en verschillende instituten is optimaal. Aan de hand van deze data zijn normtabellen opgesteld.

De gegevens zijn verzameld in de jaren 1989 tot en met 1992. In 1993 hebben de vertaling van de handleiding en de bewerking van de

gegevens plaatsgevonden. 599 patiënten zijn gelijktijdig door twee onafhankelijke beoordelaars beoordeeld. Over deze gegevens zijn de betrouwbaarheden berekend. Tevens is bij de meeste patiënten vastgesteld binnen welk zorgtype zij zich bevonden op het moment van meting, zodat ook normen per zorgtype gemaakt konden worden (Roosenschoon en Wilken 1992). Deze zorgtypes zijn gerelateerd aan de Behandelmodulenscores. Leeftijd, sekse en ziekteduur zijn eveneens geregistreerd. De normen verschilden wel met betrekking tot leeftijd en met betrekking tot ziekteduur, maar niet per sekse. Er zijn dus geen aparte normen voor mannen en vrouwen. Evenals in de Engelse REHAB zijn per subschaal (AFG en ALG) en per factor binnen de ALG (sociale activiteit, zelfverzorging en taalgebruiksstoornis) steeds normen bepaald per groep. Er zijn normen voor de totale groep, 71 jaar en ouder, 61 tot en met 70 jaar, jonger dan 60 jaar en langer dan tien jaar een psychiatrische ziekte, jonger dan 60 jaar en korter dan tien jaar een psychiatrische ziekte. Bij de normtabellen is eveneens de zorgtypologie volgens de Behandelmodulensystematiek als uitgangspunt genomen.

Psychometrische gegevens

Betrouwbaarheid – Baker en Hall (1988) vonden binnen de Algemeen Gedrag-schaal een vijf-factorstructuur waarbij de vierde factor 'speech skill' een subset is van hun tweede factor 'social activity'. Verder vonden zij een vijfde factor 'community skills', die bestaat uit item 21 'geldbeheer' en item 22 'gebruik gemeenschapsvoorzieningen'. Wij vinden slechts een drie-factoroplossing als we de regel aanhouden dat factoren een minimale eigenwaarde van 1.0 moeten hebben. We hebben besloten deze drie-factoroplossing aan te houden, vooral ook omdat Croucher e.a. (1989) in een replicatiestudie over 625 patiënten met een identieke statistische procedure (principale componentenanalyse met varimaxrotatie; eigenwaarden minimaal 1.0) eveneens een bijna dezelfde drie-factoroplossing vonden.

Wat opvalt is een opmerkelijke (culturele) stabiliteit van de factoren 'sociale activiteit' en 'zelfverzorging'. De factor 'taalgebruiksstoornis' is minder internationaal. De algemene conclusie is gewettigd dat psychiatrische patiënten in verschillende culturen te kampen hebben met dezelfde beperkingen.

De betrouwbaarheid van de Algemeen Gedrag-schaal (ALG) is uitstekend ($\alpha = .96$). Ook de factoren die deel uitmaken van de ALG-schaal zijn uitstekend tot goed (sociale activiteit, $\alpha = .94$; zelfverzorging, $\alpha = .94$). De zwakste van de drie is de 'taalgebruiksstoornis', die ook uit slechts drie items is opgebouwd ($\alpha = .87$). De Afwijkend Gedrag-schaal is evenals bij de oorspronkelijke versie iets minder betrouwbaar ($\alpha = .74$). Men moet echter wel bedenken dat in deze

schaal 'appelen en peren' bij elkaar worden opgeteld, en door de lage frequentie van het gedrag ontgaat onaangepast gedrag nogal eens aan de ogen van de observator. De Afwijkend Gedrag-schaal kan om deze reden naar onze mening beter per item bekeken worden.

De betrouwbaarheden van de verschillende items zijn bevredigend tot goed. De Spearman-rangcorrelaties variëren van .51 (verstaanbaarheid) tot .82 (zorg persoonlijke leefruimte).

Het instrument is zo robuust dat ook een beperkte instructie niet leidt tot geringere betrouwbaarheden. Er zijn geen verschillen gevonden tussen een conditie met instructie ($n = 396$) en een conditie met instructie en oefening ($n = 203$) met het instrument.

Correlationele validiteit – Van der Werf (1995) relateerde de REHAB aan de Zorg Aanbod Schaal (ZAS) en de IPPO (Betgem 1991). De maten werden afgenomen bij 106 langdurig opgenomen patiënten uit het APZ Vogelenzang. De patiënten waren gehuisvest op gesloten paviljoens (24), open paviljoens met 24-uurs zorg (28), sociowoningen met 16-uurs zorg (12), twee resocialisatieafdelingen tot 5 jaar (36) en tot maximaal 2 jaar (6). De beide resocialisatieafdelingen bevonden zich buiten de hoofdlocatie. De REHAB-totaal-ALG correleert hoog met de IPPO totaalscore ($r = .84$) en tevens met de IPPO schaal 1: sociale interesse en gedrag ($r = .86$). De ZAS beschrijft de feitelijk geboden zorg met behulp van zes subschalen. De subschaal 'hulp bij zelfverzorging' houdt sterk verband met de REHAB-factor 'zelfverzorging' ($r = .80$). Tevens vertoont de subschaal 'algemene zelfstandigheid' van de ZAS (met daarin complexe sociale en maatschappelijke vaardigheden) redelijke verwantschap met de REHAB-totaal-ALG ($r = .70$). Ook Van der Gaag en Lievaart (1996) vonden bij 363 psychiatrische patiënten in de RIBW en woonafdelingen van het APZ een correlatie van .77 bij de 'zelfverzorging' op de ZAS en de 'zelfverzorging' van de REHAB, en een correlatie van .78 tussen de 'zelfstandigheid' op de ZAS en de ALG van de REHAB. Dit wijst op een algemene factor, die in beide schalen aanwezig is en het algemeen niveau van functioneren in verschillende vormen weergeeft. Selten (1994, persoonlijke mededeling) vond bij 87 schizofrene patiënten significante correlaties ($r = .57$ en $r = .47$) op twee meetmomenten tussen de REHAB-ALG-score en de hoeveelheid negatieve symptomen gemeten met de SANS (Andreasen 1981). Er is een samenhang tussen psychiatrische invaliditeit en negatieve symptomatologie.

Discriminante validiteit – Baker en Hall (1984) vermelden een studie waarbij een cut-off-score werd gevonden van 40 bij het onderscheiden van long-stay- en deeltijdbehandelingspatiënten. 82% van de deeltijd en 69% van de long-stay-patiënten werd hierbij correct geclassificeerd. Een vergelijkbare studie met 204 long-stay-patiënten en 57 voor ont-

slag geselecteerde patiënten kende een cut-off-score van 42 en leidde tot 67% juiste classificaties. Appelo (1995) beschrijft in zijn proefschrift over de resultaten van het rehabilitatieprogramma in Assen dat patiënten met een score op de ALG van boven de 70 niet slagen met betrekking tot wonen en dagbesteding buiten het ziekenhuis. Uit het onderzoek met de Nederlandse REHAB komt verder naar voren dat de psychiatrische invaliditeit niet gerelateerd is aan diagnose of ziekte-duur.

Toepassing

Een aantal Engelse studies met de REHAB zijn geordend naar vier toepassingsgebieden:

1. Het beoordelen van veranderingen in het gedrag van de patiënt

Er is een tweetal $n = 1$ -studies bekend waarbij de REHAB gebruikt werd om vooruitgang te registreren, beide verricht door psychiatrisch verpleegkundigen (Bluteau en Long 1986; Greig e.a. 1985). Er zijn vier studies waarbij een groepsdesign gebruikt werd. Mathur en Hall (1981; Baker 1986) gebruikten een dubbelblind crossover design om de effecten van vermindering van phenothiazinemedicatie bij een groep van 22 chronisch schizofrene bewoners van een hostel te meten. De totaalscore van het algemeen gedrag van patiënten die later decompenseerden, liet een significante trend zien vergeleken met de patiënten die niet decompenseerden. Deze trend ging gemiddeld vier maanden vooraf aan het moment dat de staf de patiënten als gedecompenseerd beschouwde. De ALG-scores bleken gevoeliger voor verandering dan de AFG-scores. Deze bevinding werd door twee andere studies bevestigd (Baker 1986).

2. Het selecteren van 'typen' patiënten

Een aantal studies gebruikte de REHAB-cut-off-score, die aangeeft of er een 'mogelijkheid voor ontslag' naar de maatschappij is (Flett e.a. 1985; Barker 1985; Greig e.a. 1985). De meeste onderzoeken conformeren zich aan de drie gradaties 'mogelijkheid voor ontslag' (totale ALG-score 0-40), 'matig geïnvaleerd' (totale ALG-score 41-65), en 'ernstig geïnvaleerd' (totale ALG-score 65+), die door discriminantanalyse werden vastgesteld (bijv. Carson e.a. 1988; Wojciechowski 1987). Er is echter verschil in de mate waarin beslissingen over overplaatsing gebaseerd worden op REHAB-scores. Er zijn nog geen studies verricht die de predictieve validiteit van de REHAB vaststelden.

3. Planning van behandelingen en programma's

Verschillende auteurs hebben ervaringen met de REHAB beschreven bij het plannen en evalueren van individuele programma's (Bluteau en

Long 1986; Quarry en Rayner 1988b). Carson e.a. (1988) namen als een van de doelen van hun onderzoek het schrijven van 'individuele en afdelingsprofielen van alle patiënten met specifieke aanwijzingen voor overplaatsingsmogelijkheden'. In Nederland onderzocht Appelo (1995) het verband tussen de scores op de ALG-schaal van de REHAB en de uitkomsten van het revalidatieprogramma in de Alm te Assen. Alle mensen die het programma voortijdig beëindigden, bleken hoge REHAB-scores te hebben in combinatie met een hoge mate van desorganisatie.

4. Reorganisatie van afdelingen, sectoren of instellingen

Een van de meest populaire toepassingen van de REHAB in Engeland is het screenen van hele ziekenhuispopulaties, noodzakelijk bij sluitings- en reorganisatieplannen van de traditionele Engelse ziekenhuizen. Quarry en Rayner (1988b) onderzochten alle 287 patiënten die langer dan zes maanden in het ziekenhuis verbleven. Nicoll (1989) onderzocht alle 486 patiënten die langdurig in diverse instituties in een verzorgingsregio verbleven. Andere grootschalige onderzoeken zijn die van Carson e.a. (1988) bij 641 patiënten, Bell en Conway (1985) bij 233 patiënten, Wojciechowsky (1987) bij 112 patiënten, en Flett e.a. (1985) bij 227 patiënten.

Het vaststellen van het niveau van functioneren of de mate van zorgafhankelijkheid is een interessante toepassing van de REHAB gebleken. Marshall (1989) beoordeelde 146 bewoners van twee beschermende woonvormen voor thuislozen in Oxford. Hij selecteerde 48 bewoners die veel beperkingen vertoonden en die moeite hadden om zich zelfstandig in de maatschappij te handhaven. Op basis van de REHAB-normen vond Marshall dat 50% van zijn steekproef afwijkend gedrag vertoonde dat niet noemenswaardig afweek van dat van matig tot ernstig geïnvalideerde psychiatrische patiënten, en 46% had scores gelijk aan de meest ernstig geïnvalideerde patiënten. Hij concludeerde dat de beschermende woonvormen voor deze groep de functie vervulde van een langverblijfsafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis, terwijl de woonvormen oorspronkelijk waren opgezet voor de rehabilitatie van thuisloze alcoholici.

Linke en Taylor (1987) stelden in een soortgelijk onderzoek vast dat de populatie in beschermende woonvormen voor een groot deel overeenkwam met die van psychiatrische ziekenhuizen. Quarry en Rayner (1988a) rapporteerden daarentegen dat slechts 14% van de bewoners van beschermende woonvoorzieningen 'het type zorg nodig hadden dat alleen in psychiatrische ziekenhuizen geboden kan worden'.

Uit de onderzoeken blijkt dat de top-5-problemen in zowel beschermende woonvoorzieningen als het ziekenhuis waren: problemen in sociale contacten, het omgaan met vrije tijd, het gebruik van voorzieningen in de maatschappij, het omgaan met geld en het activiteiten-niveau.

In Nederland hebben Roosenschoon en Wilken (1992) de REHAB gebruikt in een groot onderzoek rond indicatiestelling en plaatsing in beschutte en beschermde woonvoorzieningen binnen het psychiatrisch ziekenhuis en de regionale instellingen voor beschermde woonvormen (RIBW). Henkelman (1992) gebruikte de REHAB bij het in beeld brengen van de populatie van een RIBW. Lenkens (1992) vergeleek de populatie van een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis en een RIBW-woonvorm. Van der Werf gebruikte de REHAB bij het ontwikkelen van de Zorg Aanbod Schaal (1995). Van der Gaag en Lievaart (1996) hebben 375 chronische patiënten in intramurale woonafdelingen en woonvoorzieningen van de RIBW gescreend.

Conclusie

Om de gevolgen van chronische psychiatrische stoornissen in beeld te kunnen brengen zijn goede meetinstrumenten noodzakelijk. De REHAB is een instrument dat geschikt is om het functioneren van patiënten op een snelle en betrouwbare wijze in beeld te brengen. Beperkingen op een aantal essentiële gebieden van zelfzorg worden gemakkelijk geïdentificeerd. Onze ervaring in de studie is dat het gebruiksgemak van de REHAB en zijn veelzijdige toepassingsmogelijkheden door psychiaters, psychologen en verpleegkundigen positief gewaardeerd worden. Dit sluit aan bij de resultaten van Engels evaluatieonderzoek (Bell en Conway 1985). Sommige auteurs vinden de schaal te beperkt, onder andere omdat zij vooral te gebruiken is in intra- en semimurale settings. Mulhall (1985) vindt de REHAB te star en wenst dat het instrument prioriteiten zou genereren voor verandering. Baker (1984) heeft zelf opgemerkt dat de schaal niet gedetailleerd genoeg is voor individuele planning van een zorgprogramma rond een patiënt. De meeste onafhankelijke beoordelingen van de schaal zijn positief (Wallace 1986; Barker 1985; Liberman 1988). De REHAB wordt, voorzover bekend, gebruikt in de Verenigde Staten, Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, België, Duitsland en Frankrijk (Baker 1989). Inmiddels wordt in internationaal verband gewerkt aan een versie van de REHAB die geschikt is voor transmurale gebruik.

Literatuur

- Appelo, M. (1995), *Bottom-up rehabilitation in schizophrenia*. Dissertatie.
- Andreasen, N.C. (1981), *Scale for the assessment of negative symptoms*. University of Iowa, Iowa City.
- Baker, R.D. (1984), *A behavioural assessment for psychiatric inpatients*. Royal Cornhill Hospital, Aberdeen.
- Baker, R.D. (1986), *The development of a behavioral assessment system for psychiatric inpatients*. Royal Cornhill Hospital, Aberdeen.
- Baker, R.D., en J.N. Hall (1988), REHAB: a new assessment instrument for chronic

- psychiatric patients. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 97-111.
- Baker, R.D. (1989), *REHAB: where did it come from and where is it going to?* Paper presented at the symposium 'Using REHAB in rehabilitation and resettlement'. British Psychological Society. University of London.
- Barker, P.J. (1985), *Patient assessment in psychiatric nursing*. Kent: Croom Helm, 159-160.
- Bell, A., en E. Conway (1985), *A report with recommendations for the reorganization of the continuing care/rehabilitation area*. St. Nicolas Hospital, Newcastle.
- Betgem, P. (1991), *Intramurale Psychiatrische Patiënten Observatie*. Handleiding. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Bluteau, P., en C. Long (1986), When the revolving door stops. *Nursing Times*, februari, 37-39.
- Carson, J., A. Coupar, J. Gill e.a. (1988), *The Hall and Baker REHAB Survey at Claybury Hospital*. Claybury Hospital, Essex.
- Creer, C., en J.K. Wing (1974), *Schizophrenia at home*. National Schizophrenia Fellowship, London.
- Croucher, P., D. Abrahamson en D. Cotson (1989), *Restandardising REHAB: A cross-validation study*. Proceedings of 'Using REHAB in rehabilitation and resettlement'. Institute of Education, London, p. 19-42.
- Flett, S., P. Jude, I. Maltby e.a. (1984), *Interim report of the community care working party*. Mental illness unit, to the South Lincolnshire Health Authority, psychology dept., Rauceby Hospital, Sleaford, Lincolnshire.
- Gaag, M. van der, en J.P. Wilken (1994), *De REHAB, een maat van psychiatrische invaliditeit*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Gaag, M. van der, en N.C. Lievaart (1996), *Van aanbod naar vraag: verslag van het project zorgafstemming en indicatiestelling*. Interne publicatie. Stichting Rosenberg/RIBW, Den Haag.
- Goldberg, T.E., R.D. Greenberg, S.J. Griffin, e.a. (1993), The effect of clozapine on cognition and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162, 43-48.
- Greig, S., J. Miller, J. Rollo e.a. (1985), Behaviour therapy nursing. Putting theory into practice. *Nursing Times*, november, 28-30.
- Henkelman, L. (1992), *Beschermde wonen bekeken; een onderzoek naar karakteristieken van en zorg voor bewoners van de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht*. SBWU/Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie, Rijksuniversiteit Utrecht.
- Lenkens, A.H.J. (1992), *Validiteit en betrouwbaarheid van de REHAB-lijst*. Vakgroep Verplegingswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg.
- Liberman, R.P. (1988), *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Linke, S., en D. Taylor (1987), Levels of dependency of the long-term mentally disabled in community and hospital settings. *Behaviour Psychotherapy*, 15, 314-318.
- Marshall, M. (1989), Collected and neglected: are Oxford hostels for the homeless filling up with disabled psychiatric patients? *British Medical Journal*, 299, 706-709.
- Mathur, S., en J.N. Hall (1981), Phenothiazine withdrawal in schizophrenics in a hostel. *British Journal of Psychiatry*, 138, 271-272.
- Mulhall, D.J. (1985), Rehabilitation Evaluation Hall and Baker - REHAB (Book Review). *Behavioural Psychotherapy*, 13, 256-257.
- Nicoll, D. (1989), *A survey of long stay mental illness patients in Grampian Health Boards Mental Health Services Unit*. Department of Community Medicine, Grampian Health Board, Aberdeen.

- Quarry, A., en R. Rayner (1988a), Assessing needs in the community: how long is a piece of string? *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 12, 19-21.
- Quarry, A., en R. Rayner (1988b), Changing the institution - Research in action. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 12, 58-60.
- Roosenschoon, B.J., en J.P. Wilken (1992), *Indiceren voor wonen. Het 'Utrechtse Model' van indicatiestelling voor langdurige zorg in de GGz*. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht.
- Strauss, M.S., en W. Carpenter (1974), The prediction of outcome in schizophrenia: relationships between predictor and outcome variables. *Archives of General Psychiatry*, 31, 37-42.
- Wallace, C.J. (1986), Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 604-630.
- Watts, F.N., en D.H. Bennett (1987), *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Wiley & Sons, Londen.
- Werf, B. v.d. (1995), *Zorg op schaal*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Wojciechowski, R. (1987), *Results of Rehabilitation Ward Survey*. Middlewood Hospital, Sheffield.

Summary: REHAB: a measure of psychiatric disability

This article describes the REHAB, a scale with an international reputation and capable of assessing the behaviour of patients with a chronic psychiatric disorder. In 1994 the Dutch version of the REHAB was published. Reliability and factor structure were calculated on data of 1415 patients. Some validity research is published while other studies are in progress. The REHAB is a reliable and valid scale which can serve many purposes.

Drs. J.P.L. Wilken is klinisch psycholoog. Hij is directeur onderzoek en ontwikkeling van STORM Rehabilitatie te Bilthoven. Dr. M. van der Gaag is klinisch psycholoog-psychotherapeut. Hij is afdelingshoofd behandeling van een transmuraal mobiel behandelteam voor patiënten met een schizofrenie bij Stichting Rosenburg te Den Haag, en universitair docent bij de vakgroep Psychiatrie van de Universiteit van Leiden. Correspondentieadres: Stichting Rosenburg, Postbus 53019, 2505 AA Den Haag.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-3-1997.