

Rehabilitatie-effectonderzoek: een inventarisatie

J. DRÖES

ACHTERGROND De laatste decennia wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar de mogelijkheden tot (re)integratie van mensen met ernstige en langdurige psychiatrische beperkingen in de samenleving. Een samenvattende term om deze inspanningen aan te duiden is 'rehabilitatie'. Rehabilitatie is een praktisch, nog niet eenduidig gedefinieerd begrip.

DOEL Het inventariseren van typen rehabilitatie-effectonderzoek en het geven van een beschouwing over de sterke en zwakke punten van de huidige onderzoeksliteratuur.

METHODE Literatuuronderzoek, waarbij de overzichtsartikelen zijn verkregen met behulp van PsycLit en Medline (1997 tot 2000) en andere publicaties vooral via kruisreferenties.

RESULTATEN Er bestaat effectonderzoek op het gebied van de humanisering van het zorgaanbod, de doeltreffendheid van bepaalde programma's en socialevaardigheidstraining. Over andere interventies op individueel niveau, zoals hulpbronverbetering en bemiddeling, bestaat weinig gecontroleerd onderzoek. De thema's herstel, empowerment en hulp van lotgenoten ontbreken grotendeels in de bestaande onderzoeksliteratuur. Er zijn aanzetten te vinden tot nieuwe ontwikkelingen op dit gebied.

CONCLUSIE Patiënten worden in rehabilitatie-effectonderzoek beschouwd als ontvanger of consument van zorg. Vanuit een rehabilitatieparadigma zijn patiënten actieve partners in de zorg die significant bijdragen aan de effecten van hun rehabilitatieproces. Dit komt in de onderzoeksliteratuur nog weinig tot uiting.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 9, 621-629]

TREFWOORDEN effectonderzoek, empowerment, herstel, langdurige zorg, rehabilitatie

De laatste decennia is veel onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om mensen met ernstige en langdurige psychiatrische beperkingen geïntegreerd te houden of terug te brengen in de samenleving (Barton 1999; Mueser e.a. 1997). Een samenvattende term om deze inspanningen aan te duiden is 'rehabilitatie'. Rehabilitatie is een praktisch, nog niet eenduidig gedefinieerd begrip (Kroon & Van Weeghel 1999). Een pragmatische omschrijving is die van Barton (1999): 'Psychosociale rehabilitatie is een samenhangend geheel

van psychosociale interventies, met name vaardigheidsontwikkeling, lotgenotenondersteuning, arbeidstoeleiding en -ondersteuning en hulpbronontwikkeling voor mensen met ernstige en langdurige psychiatrische beperkingen, gericht op hun empowerment, herstel en competentie.'

METHODE

Met behulp van PsycLit en Medline werden voor de jaren 1997 tot 2000 overzichtsartikelen

met betrekking tot rehabilitatie-effectonderzoek opgespoord; andere publicaties werden gevonden via kruisreferenties, in de Trimbosreeks en door raadpleging van recente jaargangen van het Tijdschrift voor Psychiatrie, het Maandblad Geestelijke volksgezondheid en het tijdschrift Passage. De directe opbrengst van het zoeken met algemene trefwoorden als *rehabilitation*, *outcome*, *empowerment* en *recovery* was beperkt. In de volgende paragraaf wordt op de achtergronden hiervan ingegaan.

Algemene problemen Lezen over rehabilitatie is in de eerste plaats moeilijk wegens de onduidelijke definitie van het begrip (Kroon & Van Weeghel 1999). Wat is rehabilitatie eigenlijk? Omvat het begrip alleen 'psychosociale interventies' zoals de definitie van Barton suggereert, of is het tegelijkertijd een vorm van behandeling, beleid of sociale actie? Veel concrete thema's uit de rehabilitatie zijn ook terug te vinden in andere vormen van hulpverlening. Veel rehabilitatie-interventies (het leren van vaardigheden, bemiddeling naar hulpbronnen) zijn ook bekend in de context van behandeling en begeleiding. Een thema als 'empowerment' is ook bekend uit de managementliteratuur en uit geschriften over emancipatie, cliëntenparticipatie en lotgenotenondersteuning. Met andere woorden: het trefwoord 'rehabilitatie' volstaat niet wanneer men op dit gebied de vakliteratuur wil raadplegen.

Een tweede probleem is dat er in de rehabilitatie zeer veel verschillende soorten uitkomstmaten kunnen worden gehanteerd. Het kan gaan om objectiveerbare resultaten op verschillende levensgebieden (wonen, werken, leren, sociale contacten), maar ook om subjectieve, individuele resultaten als 'verbetering van het zelfvertrouwen en het identiteitsgevoel' van de betrokkene en om uitkomsten op het niveau van programma's en systemen (Blankertz & Cook 1998).

In de derde plaats speelt bij het onderzoeken van de resultaten van rehabilitatie, net als op

andere gebieden in de psychiatrie, het probleem van de *missing link* tussen interventies en effecten (Brugha & Lindsay 1996). Dikwijls is wel bekend dat een bepaalde interventie een bepaald effect heeft, maar is onbekend hoe dat effect precies tot stand komt en wat precies het werkzame bestanddeel van de interventie is geweest. Dit is bij rehabilitatie-interventies een extra lastig probleem, omdat hun complexiteit en omgevingsafhankelijkheid meer in het oog lopen dan die van 'simpeler' ingrepen, zoals het voorschrijven van medicijnen ter bestrijding van bepaalde symptomen. Het lezen over rehabilitatie-effectonderzoek wordt dus gehinderd door het ontbreken van een goede definitie, door de diversiteit van relevante uitkomstmaten en door de *missing link* tussen interventies en effecten van rehabilitatie.

Drie niveaus van complexiteit Een handige manier om de literatuur enigermate te ordenen is het onderscheiden van drie niveaus van complexiteit: systeemniveau, programma- of projectniveau en individueel niveau. Het blijkt dat op deze drie niveaus verschillende soorten vragen gesteld worden, zodat de indeling in niveaus niet alleen een formele, maar ook een inhoudelijke clustering van publicaties oplevert. Deze drie clusters kunnen als volgt worden getypeerd: organisatie van een gehumaniseerd aanbod; doeltreffendheid van rehabilitatiestrategieën op programmaniveau; werkzaamheid van rehabilitatie-interventies op individueel niveau.

De drie clusters worden hierna in de bovenstaande volgorde besproken. Binnen elke cluster wordt gekeken naar typen onderzoeksvragen, naar wetenschappelijk goed onderbouwde antwoorden en naar de rehabilitatie-elementen die in de betreffende literatuur te vinden zijn.

Vervolgens wordt de invloed van de patiënt op het rehabilitatieproces besproken en het onderzoek dat daarop gericht is.

RESULTATEN

Organisatie van een gehumaniseerd aanbod van geestelijke gezondheidszorg

Het onderwerp van deze groep publicaties is de organisatie van het aanbod van zorg, en van de effecten van dat aanbod op het individu en op de materiële en immateriële kosten voor de gemeenschap. Vragen die in dit kader gesteld worden, zijn bijvoorbeeld: Is leven in de gemeenschap mogelijk voor mensen met ernstige en langdurige psychiatrische beperkingen? Heeft het voordelen? Zijn er nadelen?

Bekende onderzoeken op dit gebied zijn die van Stein e.a. (1975), van het TAPS-project (Knapp e.a. 1994; Leff & Trieman 2000; Trieman e.a. 1999) en van het PRISM-project (Thornicroft e.a. 1998). Over het algemeen betreft het cohortonderzoeken waarbij aan langdurig zorgafhankelijke patiënten een alternatief voor verblijf in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis wordt geboden. Deze onderzoeken leveren een consistent beeld op.

Ambulante begeleiding en behandeling zijn over het algemeen goedkoper dan intramurale zorg (Knapp e.a. 1994; Weisbrod e.a. 1980), symptomen en sociaal gedrag veranderen niet of nauwelijks ten gevolge van de veranderde verblijfssituatie, maar de patiënten zijn tevredener (Leff & Trieman 2000; Thornicroft e.a. 1998). Ook na langere tijd (5 jaar) blijven deze successen overeind (Leff & Trieman 2000; Trieman e.a. 1999). Helaas zijn er ook nadelen. Voor een grote groep is er gevaar voor vereenzaming en gemis aan dagactiviteiten (Leff & Trieman 2000; Thornicroft e.a. 1998). Er is een kleine groep die extreem veel zorg gebruikt en een deel van die groep heeft een min of meer intramurale setting nodig (Borgesius & Brunenberg 1999; McCrone e.a. 1998). Een enkeling (minder dan 1%) wordt zonder extra maatregelen dak- of thuisloos (Trieman e.a. 1999).

Hoewel in de titels van bovengenoemde publicaties worden voorkomen als 'patiëntuitkomsten' of *quality of life*, handelen ze over de

effecten van een veranderd aanbod: een ziekenhuis dat gesloten wordt en vervangen door ambulante en semi-murale voorzieningen bijvoorbeeld. In feite gaat het in deze publicaties om de globale effecten van humanisering, ambulantisering en individualisering van zorg op groepen langdurig zorgafhankelijke patiënten, meest 'oude' chronici.

Doeltreffendheid van rehabilitatiestrategieën op programmaniveau

Het tweede cluster van publicaties gaat over de doeltreffendheid (*effectiveness*) van zorgprogramma's of -projecten. De vraag is hier of specifieke dienstverlening (dienstverlening op een bepaald gebied, dienstverlening met een omschreven uitkomst, of een goed beschreven combinatie van verschillende diensten voor een bepaalde doelgroep) een specifiek resultaat teweegbrengt. Omdat het gaat over de effecten van omschreven interventies op omschreven doelgroepen, is voor dit type vragen gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek mogelijk. In deze paragraaf worden drie voorbeelden van zulk onderzoek besproken.

Ambulante begeleiding De vraag is: welke effecten hebben verschillende vormen van ambulante begeleiding op het maatschappelijk functioneren van langdurig zorgafhankelijke patiënten?

Een antwoord is bijvoorbeeld: ambulante begeleiding leidt tot vermindering van het aantal opnames en opnamedagen (Holloway & Carson 1998; Mueser e.a. 1997). Soms (in ongeveer de helft van de onderzoeken) worden ook positieve effecten gevonden op kwaliteit van leven en op het hebben van werk (Mueser e.a. 1997). Af en toe wordt een geringe verbetering van symptomatologie en sociaal functioneren gevonden. Cliënten zijn tevredener met ambulante begeleiding dan met standaardzorg of klinische zorg; bovendien blijven zij vaker in contact met de nazorg (Holloway & Carson 1998). Er is discussie

over de vraag hoe intensief de ambulante begeleiding dient te zijn. Deze discussie wordt bemoeilijkt doordat de begeleidingscondities van de controlegroepen dikwijls niet goed in kaart zijn gebracht (Holloway & Carson 1998). Het lijkt erop dat intensief casemanagement tijdens kantooruren in een redelijk tot goed voorziene zorgregio geen bewijsbaar betere resultaten heeft dan 'gewone' ambulante nazorg, behalve voor cliënten die zowel goed reageren op geijkte vormen van behandeling als ertoe neigen het contact met de nazorg te verbreken (Holloway & Carson 1998).

Dubbele diagnoses De vraag is: welke voordelen heeft een geïntegreerd behandel-rehabilitatieprogramma voor mensen met een dubbele diagnose?

Een antwoord is bijvoorbeeld: geïntegreerde behandeling van mensen met psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek heeft effect wanneer cliënten zelf in de loop van de behandeling keuzes kunnen maken, er tamelijk intensief gespecialiseerd casemanagement wordt gegeven en er een relatief lange periode van follow-up (minstens twee jaar) wordt aangehouden. Dan nemen de psychiatrische symptomen en het druggebruik af en de kans op stabiele huisvesting toe (Mueser e.a. 1997).

Arbeidstoeleiding De vraag is: met welke toeleidingsmethodiek komen mensen met ernstige psychiatrische beperkingen het vaakst aan betaald werk?

Mogelijke antwoorden zijn: mensen die betaald werk willen, zijn het vaakst gebaat bij snelle plaatsing gevolgd door *training on the job* (Drake e.a. 1999). Programma's die werken met lange voorbereidingstrajecten en niet-betaalde oefensituaties, leiden eerder op tot beschut werk dan tot een betaalde baan (Drake e.a. 1999).

Een belangrijke conclusie die uit deze onderzoeken getrokken kan worden, is dat specifieke programma's of projecten specifieke uitkomsten

teweegbrengen. Dit geldt in zodanige mate dat de uitkomsten op één terrein (wonen, dagbesteding, werken, leren, sociale contacten) doorgaans weinig impact hebben op andere terreinen (Mueser 1997). Een aanbeveling kan zijn dat teams die deskundig zijn op een bepaald terrein (bijvoorbeeld wonen), worden uitgebreid met experts op andere terreinen (bijvoorbeeld werken) (Blankertz & Robinson 1996; Drake 1999; Kroon 2000).

Een probleem bij de interpretatie van deze gegevens is dat de link tussen interventie en effect moeilijk te leggen is. Wát heeft er nu precies geholpen? Inzicht hierin zou verbeterd kunnen worden door meer aandacht te besteden aan de ervaringen met rol- en taakfunctioneren van individuele patiënten. Te verwachten is dat betrokkenen zelf dikwijls kunnen aangeven welke programma-elementen hen nu precies geholpen hebben.

Werkzaamheid van rehabilitatie-interventies op individueel niveau

De derde cluster van publicaties gaat over de werkzaamheid en doeltreffendheid van technieken op het individuele niveau. Zoals Vlaminck (1999a, 1999b) helder uiteengezet heeft, is het onderscheid tussen werkzaamheid (*efficacy*) en doeltreffendheid (*effectiveness*) van groot belang. Bij de werkzaamheid gaat het erom of een bepaalde interventie onder gecontroleerde condities resultaat heeft, bij de doeltreffendheid gaat het erom of dat resultaat ook 'in het wild' houdbaar blijkt te zijn.

De belangrijkste technische rehabilitatie-interventies zijn vaardigheidstraining, praktische ondersteuning en bemiddeling. Wat is er aan onderzoek naar de werkzaamheid en de doeltreffendheid van interventies?

Sociale vaardigheidstraining Training van sociale vaardigheden en probleemoplossing is werkzaam bij opgenomen schizofreniepatiënten en is dat mogelijk ook bij ambulante patiënten

(Mueser e.a. 1997; Tak e.a. 2000). Maar de vaardigheden komen slechts tot uiting in de leersituatie en niet of moeizaam in andere situaties: de doeltreffendheid van de training is dus maar matig zodra de patiënt verhuist. Er zijn evenwel aanwijzingen dat training in sociale vaardigheden bij niet-opgenomen patiënten hun sociaal functioneren kan verbeteren. Het lijkt erop dat 'training on the spot', speciaal gericht op de eisen die een bepaalde rol in een bepaalde omgeving stelt, het beste is (Mueser e.a. 1997; Shepherd 1990). Shepherd noemt dit 'A criterion-oriented approach to skills training'.

Praktische ondersteuning Praktische ondersteuning is in de onderzoeksliteratuur een achtergebleven gebied. Mueser e.a. (1997) schrijven: 'Ondanks de centrale positie van het concept "support" in "Supported Employment", zijn er weinig onderzoeken gedaan over langdurige ondersteuning in de werksituatie.' 'Hulpbronnen' (mensen, plaatsen, dingen en activiteiten die cliënten nodig hebben om hun rehabilitatiedoelen te bereiken) worden in de literatuur wel vaak beschreven (Dröes 2000), maar de rol van hulpbronnen als ondersteuning van individuele trajecten is niet goed wetenschappelijk onderzocht. Een uitzondering wordt gevormd door het dubbelblinde onderzoek van Harris e.a. (1999a, 1999b) over *befriending* (in Nederland zouden we zeggen: een maatjesproject) voor depressieve vrouwen in Londen. In de experimentele groep brengt de vriendin, voor degenen die dat uiteindelijk willen, vijftientig tot dertig procent meer remissie van de depressie.

Bemiddeling Er is weinig literatuur over het begeleiden van cliënten naar hulpbronnen. Een zeldzaam voorbeeld (Long & Zlutnick 1996) beschrijft een stapsgewijze procedure voor case-managers die hun cliënten eerst helpen bij het vinden van een huisgenoot en die vervolgens bemiddelen bij de zelfstandige huisvesting. Onderzoek naar bemiddelingspraktijken is dus wel mogelijk. Over bemiddeling op zichzelf is

veel geschreven, maar onderzoek is er nauwelijks.

Uit dit segment van de literatuur valt te concluderen dat de werkzaamheid van vaardigheidstrainingen beter onderzocht is dan de doeltreffendheid en dat over hulpbronnen en bemiddeling nauwelijks effectonderzoek bestaat.

Empowerment, herstel, lotgenotencontact

Terugkijkend naar de definitie van rehabilitatie in de inleiding van dit artikel worden een aantal thema's in de literatuur over rehabilitatie-effectonderzoek gemist. Het gaat hierbij vooral over de effecten van de persoonlijke bijdrage van de patiënt: zijn eigen verhaal (herstel), zijn eigenmachtigheid in het contact met anderen (*empowerment*) en zijn persoonlijke, informele steunende contacten (lotgenotenondersteuning).

Ook Mueser e.a. (1997) hebben deze lacune vastgesteld. Zij schrijven: '... despite the emphasis within psychiatric rehabilitation on consumer choice and shared decisionmaking, almost no research has been done in these areas.'

Toch zijn de begrippen uit de titel van deze paragraaf in de literatuur niet onbekend. Er is een snelgroeiende literatuur over *empowerment* (Chamberlin 1997; Corrigan & Garman 1997; Geller e.a. 1988; Gilbert & Ugelstadt 1994; Salzer 1997), over herstel (Anthony 1993; Boevink 1997; Davidson & Strauss 1992; Deegan 1988; Gagne 1999; Young & Ensing 1999) en over lotgenotenondersteuning (Davidson e.a. 1999; Jansen & Geelen 1996; Moxley & Mowbray 1997), maar die literatuur is anekdotisch, beschrijvend of inventariserend van aard. Er is ook geen verbinding van deze literatuur met de literatuur over 'harder' effectonderzoek. Omgekeerd komen in de literatuur over effectonderzoek de begrippen *empowerment*, herstel en lotgenotenondersteuning, of praktische uitwerkingen daarvan, niet of nauwelijks voor.

Het ontbreken van mededelingen over de persoonlijke bijdragen van patiënten aan interventie-effecten is een eigenaardige zaak. Hulpverlening is altijd een kwestie van samenwerking

tussen ten minste twee partijen, maar wat wordt onderzocht is het effect van het handelen van een van de twee samenwerkende partijen (de hulpverlening) op het eindresultaat van de samenwerking. Waar is de andere partij? Welnu, de andere partij (de patiënt) komt uit de literatuur naar voren als consument, niet als partner. Er wordt gekeken hoe het met hem gaat. Hij wordt onderzocht over zijn symptomen, zijn sociale status, zijn kwaliteit van leven (Boevink e.a. 1995; Drake e.a. 1999), zijn behoeften (Van Busschbach & Wiersma 2000; Macdonald & Sheldon 1997), zijn satisfactie (Van der Hijden e.a. 1998) of over de toename van zijn *self-efficacy* of *self-esteem* (Drake e.a. 1999). Dit zegt wel veel over zijn (patiënt)perspectief, maar weinig over zijn actieve inbreng. Voor een deel is deze situatie een gevolg van het feit dat de begrippen herstel, empowerment en lotgenotenondersteuning tamelijk nieuw zijn.

Natuurlijk kan er pas onderzoek gedaan worden na een fase van afbakening van de begrippen (zie ook Kroon & Van Weeghel 1999). Maar voor een ander deel komt het toch ook doordat hulpverlening wordt onderzocht als iets dat door hulpverleners aan patiënten wordt verstrekt, in plaats van als iets dat (op zijn minst ook en vaak) door hulpverleners en patiënten gezamenlijk vorm krijgt.

Deze lacune in het effectonderzoek is des te eigenaardiger, omdat er, zoals vermeld, voldoende anekdotische beschrijvingen bestaan van het bestaan van die invloed. Het actieve aandeel van patiënten in de effecten van therapieën en programma's is dus wel kwalitatief beschreven, maar vindt in de literatuur over effectonderzoek nog nauwelijks een plaats.

Aanzetten tot rehabilitatiegericht onderzoek

Wanneer men vanuit deze gedachten in de literatuur zoekt naar manieren waarop er nu al af en toe geprobeerd wordt om een actieve rol van patiënten in effectonderzoek te betrekken, dan stuit men op de volgende thema's.

Invloed van patiënten op de selectie van de onderzoekspopulatie Patiënten hebben een actieve rol in de samenstelling van een onderzoekspopulatie. In de eerder genoemde onderzoeken van Harris e.a. (1999a) en Drake e.a. (1999) wordt veel inzicht verschaft in de procedure die de uiteindelijk onderzochte patiënten hebben doorlopen voordat zij werkelijk aan het onderzoek gingen deelnemen. Dit geeft impliciet veel informatie over de motivatie en plaatst het uiteindelijke behandelresultaat in een context. Een originele gedachte op dit punt is afkomstig van Drake e.a. (1994), die een *research-induction group* ontwierpen: een groepsactiviteit van waaruit het beginnen van een traject en de uitval onder potentiële deelnemers in de prerandomisatiefase kunnen worden beschreven.

Typering van de invloed van patiënten op de onderzochte praktijk Patiënten beïnvloeden de onderzochte praktijk. Een voorbeeld van het beschrijven van deze invloed is te vinden bij Van Busschbach & Wiersma (1999). In dit pilotonderzoek wordt veel aandacht besteed aan de doelen die patiënten zelf stellen, aan de verschuivingen daarin en aan de mate waarin de gestelde doelen werden bereikt. Aan andere onderzoeken op dit gebied wordt gewerkt (Oosterbaan 1999; Swildens 1998).

Aandacht voor subjectief als hoopgevend ervaren keuzen en gebeurtenissen Subjectieve veranderingen vormen een deel van het behandelresultaat. De invloed hiervan kan in kaart worden gebracht. Een voorbeeld hiervan is te vinden bij Harris e.a. (1999b). Deze auteurs beschrijven hoe het verkrijgen van een 'maatje' in een vrienden-dienstproject kan worden gezien als een vorm van *fresh start experiences*, dat wil zeggen nieuwe gebeurtenissen in het leven die weer hoop of perspectief geven. Dit is een element dat ook uit herstelverhalen van patiënten geregeld naar voren komt.

CONCLUSIE

De actieve rol van patiënten in de resultaten van hulpverlening kan wel degelijk worden onderzocht. Daartoe is het noodzakelijk dat de patiënt niet alleen wordt beschouwd als ontvanger of consument van zorg. Patiënten beïnvloeden de selectie van onderzoekspopulaties, de vormgeving van hulpverleningspraktijken en de aard van de hulpverleningsresultaten. Patiënten vervullen dus een actieve rol in de totstandkoming van de gemeten effecten van hulpverlening. Toepassing van het rehabilitatieparadigma op het gebied van effectonderzoek betekent dat deze actieve rol specifiek wordt geoperationaliseerd en meegewogen dan tot nu toe gebruikelijk was.

LITERATUUR

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Barton, R. (1999). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, 50, 525-534.
- Blankertz, L., & Cook, J.A. (1998). Choosing and using outcome measures. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 167-174.
- Blankertz, L., & Robinson, S. (1996). Adding a vocational focus to mental health rehabilitation. *Psychiatric Services*, 47, 1216-1222.
- Boevink, W.A. (1997). Over leven na de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 232-240.
- Boevink, W.A., Wolf, J.R.L.M., van Nieuwenhuizen, C., e.a. (1995). Kwaliteit van leven van langdurig van ambulante zorg afhankelijke psychiatrische patiënten; een conceptuele verkenning. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 97-110.
- Borgesius, E., & Brunenberg, W. (1999). Behoeft aan asiel? Woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Brugha, T.S., & Lindsay, F. (1996). Quality of mental health service care: The forgotten pathway from process to outcome. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 89-98.
- Busschbach, J. van, & Wiersma, D. (2000). Behoeft, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie. Groningen: Stichting GGZ-Groningen.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 43-46.
- Corrigan, P.W., & Garman, A.N. (1997). Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatric Services*, 48, 347-352.
- Davidson, L., & Strauss, J.S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., e.a. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 165-187.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- Drake, R.E., Becker, D.R., & Anthony, W.A. (1994). A research induction group for clients entering a mental health research project. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 487-489.
- Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout, R.R., e.a. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 627-633.
- Dröes, J.T.P.M. (2000). Wonen en rehabilitatie. In G. Pieters en M. van der Gaag (red.), *Rehabilitatie. Cure and Care development*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gagne, C. (1999). Herstel. Voordracht Circuit Complexe en Langdurige Zorgvragen. Stichting GGZ-Eindhoven, Eindhoven.
- Geller, J.L., Brown, J.M., Fisher, W.H., e.a. (1998). A national survey of 'consumer empowerment' at the state level. *Psychiatric Services*, 49, 498-503.
- Gilbert, S., & Kugelstad, E. (1994). Patients' own contributions to long-term supportive psychotherapy in schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 164(Suppl. 23), 84-88.
- Harris, T., Brown, G.W., & Robinson, R. (1999a). Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 1: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 174, 219-224.
- Harris, T., Brown, G.W., & Robinson, R. (1999b). Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 2: Role of fresh-start experiences and baseline psychosocial factors in remission from depression. *British Journal of Psychiatry*, 174, 225-232.
- Holloway, F., & Carson, J. (1998). Intensive case management for the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 172, 19-22.
- Hijden, E. van der, Buijt, I., Wierdsma, A., e.a. (1998). Beschermd wonen, tevreden wonen? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 265-276.

- Janssen, M., & Geelen, K. (1996). *Gedeelde smart, dubbele vreugd. Lotgenotencontact in de psychiatrie. NCGV-reeks 96-19*, Utrecht: Trimbo-instituut.
- Knapp, M., Beecham, J., Koutsogeorgopolou, V., e.a. (1994). Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 195-203.
- Kroon, H. (2000). Casemanagement, zorgcoördinatie en bemoeizorg. Een tussenbalans in Nederland en lessen uit het buitenland. In M. Nuy (red.), *Zorgcoördinatie, casemanagement en bemoeizorg*. Amsterdam: SWP.
- Kroon, H., & van Weeghel, J. (1999). Wat is rehabilitatie-onderzoek? Een conceptmap op Europese schaal. *Passage*, 8, 184-188.
- Leff, J., & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS-project 46. *British Journal of Psychiatry*, 176, 217-223.
- Long, S.L., & Zlutnick, S. (1996). Task analysis training of case managers to assist seriously mentally ill patients find roommates and housing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 269-280.
- Macdonald, G., & Sheldon, B. (1997). Community care services for the mentally ill: Consumers' views. *International Journal of Social Psychiatry*, 43, 35-55.
- McCrone, P., Thornicroft, G., Phelan, M., e.a. (1998). Utilisation and costs of community mental health services. PRISM Psychosis Study. 5. *British Journal of Psychiatry*, 173, 391-398.
- Moxley, D.P., & Mowbray, C.T. (1997). Consumers as providers: Forces and factors legitimizing role innovation in psychiatric rehabilitation. In C.T. Mowbray, D.P. Moxley, C.A. Jasper e.a. (red.), *Consumers as providers in psychiatric rehabilitation*. Columbia: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., & Bond, G.R. (1997). Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harvard Review Psychiatry*, 5, 123-137.
- Oosterbaan, H. (1999). *Het Centrum voor Ambulante Rehabilitatie. Verslag van onderzoek in het voortraject. Capelle aan den IJssel: Bavo/RNO-groep, afdeling methoden en technieken.*
- Salzer, M.S. (1997). Consumer empowerment in mental health organizations: Concept, benefits, and impediments. *Administration and Policy in Mental Health*, 24, 425-434.
- Shepherd, G. (1990). A criterion-oriented approach to skills training. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 11-13.
- Stein, L.I., Test, M.A., & Marx, A.J. (1975). Alternative to the Hospital: A Controlled Study. *American Journal of Psychiatry*, 132, 517-522.
- Swildens, W. (1998). *De Individuele Rehabilitatie-benadering in de divisie Langdurige Zorg. Een voorstudie*. Utrecht: H.C. Rümkegroep, Divisie Langdurige Zorg.
- Tak, C., Appelo, M.T., van den Bosch, R.J., e.a. (2000). Dertig jaar psychosociale interventies bij schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 95-110.
- Thornicroft, G., Wykes, T., Holloway, F., e.a. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRISM Psychosis Study. 10. *British Journal of Psychiatry*, 173, 423-427.
- Trieman, N., Leff, J., & Glover, G. (1999). Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: Prospective cohort study. *British Medical Journal*, 319, 13-16.
- Vlaminck, P. (1999a). Doorgaan met antipsychotica na de psychose? I. De officiële richtlijnen in de dagelijkse praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 1290-1301.
- Vlaminck, P. (1999b). Doorgaan met antipsychotica na de psychose? II. De individuele indicatiestelling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 1302-1315.
- Weisbrod, B.A., Test, M.A., & Stein, L.I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.
- Young, S.L., & Ensing, D.S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 219-231.

AUTEUR

J. DRÖES is psychiater bij Bavo RNO Groep Rotterdam en is docent en consultant van Stichting Rehabilitatie '92.

Correspondentieadres: J. Dröes, Westersingel 94, 3015 LC Rotterdam.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-11-2000.

SUMMARY

Effectiveness of psychosocial rehabilitation. An overview – J. Dröes –

BACKGROUND During the last decades an increasing number of studies has been performed on the subject of community (re)integration of persons with severe and longterm psychiatric disabilities. These efforts are generally described as ‘rehabilitation’. Rehabilitation is a practical, yet still ill-defined concept.

AIMS To provide an overview of types of rehabilitation outcome-research. Reflection on strenghts and weaknesses of current scientific literature.

METHOD Review of literature. The review articles are obtained using PsycLit and Medline (1997-2000); the other articles mainly by way of crossreferences.

RESULTS Outcome-research studies have been found on the subjects of improving service systems from a humanitarian perspective, on the effectiveness of certain programs and on the effectiveness of social skills training. Other individual-oriented interventions, like resource development and linking to resources, have been scarcely researched. Recovery, empowerment and peer support have not (yet) found their ways into scientific outcome-research. Some exceptions to this statement, heralding new developments, can be noted.

CONCLUSION In rehabilitation outcome-research patients are viewed as consumers of care. From a rehabilitative point of view patients are also active partners, who contribute significantly to the outcomes of their rehabilitation processes. In research literature this viewpoint is not yet commonly expressed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001)9, 621-629]

KEYWORDS empowerment, longterm care, outcome-research, recovery, rehabilitation