

Over revalidatie en differentiatie

door L.H.W.M. Kaiser

Samenvatting

Voor langdurig in een APZ opgenomen patiënten kunnen bij de revalidatie protheses nodig zijn. In een onderzoek bij 208 patiënten van het sociotherapeutisch centrum op het terrein van een APZ werd de hulp, die zij volgens de verpleegkundigen nodig hebben bij het vervullen van de levensstaken, geïnventariseerd. Differentiatie in hulpaanbod is mogelijk, alhoewel veel patiënten hulp op diverse levensstaken gecombineerd nodig hebben. Vanuit de revalidatie-ideologie is het belangrijk dat vraag en aanbod van de hulp op elkaar aansluiten. Dat maakt differentiatie in geboden hulp nodig, zowel intra- als extramuraal.

Differentiatie heeft ook invloed op de organisatie van de hulpverlening. Hiervoor worden drie organisatie modellen geschetst: het case-work-model, het para-professionele model en het teammodel. De voor- en nadelen van deze modellen worden uiteengezet.

Inleiding

Revalidatie van psychiatrische patiënten is het proces waarbij het functioneren van de patiënt in wonen, werken en vrije tijd geoptimaliseerd wordt, gericht op zo min mogelijk professionele hulp. De keuze van de patiënt is hierbij richtinggevend, terwijl tevens het motivatieproces bij het revalidatiedoel wordt betrokken (Farkas e.a. 1988). De kwaliteit van de zorg voor een optimale inpassing van de chronische patiënt in zijn verblijfsomgeving is de kern van de revalidatie-ideologie. Daarvoor is zij primair gericht op het functioneren en welbevinden van de patiënt in die omgeving, waar voldoende protheses zijn voor zijn handicaps en waar decompenseren voorkomen wordt.

Voor de revalidatie van langdurig opgenomen psychiatrische patiënten zijn de kenmerken van de protheses: individualisatie van de zorg, continuïteit, flexibiliteit en goede toegankelijkheid van de opvang. Flexibiliteit en continuïteit in de opvang kan alléén bereikt worden als de hulpverleners zich aanpassen aan de aard en problematiek van

de patiënten. Dan kan het behandelaanbod geïndividualiseerd en aan het levensscript van de patiënt aangepast worden. Omdat de chronische groep heterogeen is in opvangbehoefte, is er een diversiteit aan opvangmogelijkheden nodig. Talbott en Glick (1986) stellen daarover nadrukkelijk dat er bij de rehabilitatie gekeken moet worden naar de diensten en functies die de patiënten nodig hebben gedurende een groot deel van hun verdere toekomst. Voor het bereiken van dit doel is het van belang dat de verschillende voorzieningen goed op elkaar aansluiten. Het centraal stellen van de individuele problematiek betekent dat de zorg voor de groep langdurig geestelijk gestoorde patiënten buiten de grenzen van de huidige organisaties van RIAGG, APZ en RIBW moet gaan. Daardoor kunnen aan een patiënt behandelingen en protheses voor diverse aspecten van zijn problematiek geboden worden. De organisaties kunnen gezamenlijk een meer divers hulpaanbod bieden in basale zorgtaken, in psychosociale begeleiding, in decompensatiemanagement en crisisinterventie, in woon- en activiteitenbegeleiding en in het creëren van een sociaal netwerk. Voorwaarde daarbij is continuïteit voor de patiënt bij zijn opvang en gemakkelijke toegankelijkheid, wat door een nauwe samenwerking tussen de organisaties in een gezamenlijk, op elkaar aansluitend hulpaanbod verwezenlijkt kan worden. Belangentegenstellingen tussen de hulporganisaties zouden moeten verdwijnen, terwijl de patiënt geen belemmeringen meer moet ervaren door de grenzen van een organisatie. Voorwaarde daarvoor is een gemeenschappelijke revalidatieplanning, die stoelt op realistische verwachtingen over de problematiek van de chronische patiënten. De vraag is dan: welke differentiatie in zorg is wenselijk om een scala aan hulp te kunnen garanderen?

Om op die vraag een antwoord te kunnen geven werd in een APZ de hulp, die een groep langdurig opgenomen patiënten nodig heeft volgens de verpleegkundigen, in kaart gebracht. Gebaseerd op de resultaten daarvan, worden in dit artikel drie zorg-organisatiemodellen geschetst, die als basis van een differentiatie in de revalidatie en opvang van chronische patiënten kunnen dienen.

Onderzoek

Om de zorgdifferentiatie te bepalen werd de verpleging gevraagd naar de hulp die zij voor de patiënt nodig achtte op vijf levenstaken. De onderzoeksgroep bestond uit de patiënten van het Sociotherapeutische Centrum ($n = 208$) op het terrein van een APZ. Er werden 15 patiënten uitgesloten vanwege een opname met rechterlijke machtiging of vanwege dusdanige communicatieproblemen, dat zij geen toestemming voor het onderzoek konden geven. Dit onderzoek is een deelaspect van een onderzoek naar de motivatie tot revalidatie van patiënten (Kaiser 1990). De deelnemers varieerden in leeftijd van 25 tot 80 jaar, met

een gemiddelde van 49 jaar. Er waren 96 mannen en 112 vrouwen. Als hoofddiagnose had 45% schizofrenie, 18% een affectieve psychose, 10% een persoonlijkheidsstoornis, 5% had verslaving aan alcohol als hoofddiagnose, 9% een angst- of somatisatiestoornis en 7% een organisch psychosyndroom. In psychische functiestoornissen (CIPS) kwam de onderzoeksgroep behalve in het wilsleven en de psychomotoriek, overeen met de bewonersgroep van een APZ uit het ICIDH-onderzoek van Groningen (Hoek 1987). De psychomotoriek is beduidend minder gestoord. Mogelijk komt dat door een scherp toezicht op medicatiebijwerkingen in het Sociotherapeutische Centrum.

De verpleegkundigen vulden twee schalen in over de hoeveelheid hulp die zij voor de individuele patiënt nodig achtten op de belangrijkste zorggebieden. Daarvoor waren twee schalen ontwikkeld: de Hulpbehoefte en de Toestand Schaal (Kaiser 1988). De items betreffen thema's die de verpleegkundigen belangrijk vinden in de revalidatie van patiënten. In het eerste deel van de schaal wordt de mate van hulp gescoord die de verpleging in een periode van vier weken, voorafgaande aan het invullen, nodig achtte op de volgende behoeftegebieden: basale zelfzorg en huishoudelijk werk, zakgeldbeheer, bezigheden, sociale integratie en hulp bij psychische problemen. In het tweede deel wordt de toestand gescoord op het gebied van interne en externe sociale integratie, externe activiteiten en de mate waarin de patiënt hulp bij problemen vraagt. Er wordt gescoord volgens een vierpunts ordinale schaal. Per deellijst wordt een somscore bepaald. Bij een vooronderzoek werden 87 patiënten gelijktijdig door twee verpleegkundigen onafhankelijk van elkaar gescoord. Deze verpleegkundigen waren voor minimaal één jaar in de woningen van de betreffende patiënten werkzaam. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij deze simultane invulling was voor het 'Hulpbehoefte'-gedeelte: 0.89 en voor het 'Toestand'-gedeelte: 0.88 bij een one-tailed significantie van 0.001. De zelfzorg en huishoudelijk werk-subschalen werden samengenomen omdat hun correlatie hoog was (0.71).

Een meerderheid (60%) van de patiënten bleek volgens de verpleegkundigen veel hulp nodig te hebben bij psychische problemen. Op het gebied van zelfzorg- en huishoudelijk werk (36%), zakgeldbeheer (42%) en sociale contacten of bezoek aan sociale gelegenheden (40%) hadden minder patiënten veel hulp nodig. Voor bezigheden is het aantal patiënten waarvoor de verpleegkundigen veel hulp nodig vonden, vrij laag (21%). Dit wordt mogelijk veroorzaakt doordat zij alleen hoeven te helpen bij het initiëren van de bezigheid, oftewel de patiënt alleen hoeven te stimuleren om naar de bezigheidstherapie of clubs op het terrein te gaan. Daar wordt hun werk door arbeidstherapeuten e.d. overgenomen.

In tabel 2 is vermeld hoeveel patiënten aan een combinatie van twee variabelen uit deze vijf clusters voldoen. Een 'o' betekent dat de

Tabel 1: Aantal patiënten in percentages naar benodigde zorg op verschillende gebieden

	volledig-tamelijk veel		tamelijk-weinig		weinig-geen	
	N=	%	N=	%	N=	%
Psych.hulp	(125)	60	(61)	29	(22)	11
Zelfz.+huish.	(75)	36	(62)	30	(71)	35
Bezigheden	(43)	21	(70)	33	(95)	46
Contacten	(84)	40	(71)	34	(53)	24
Zakgeldbeheer	(88)	42	(66)	24	(99)	34

patiënten op dat gebied volgens de verpleging weinig tot geen hulp nodig hebben en een '1' tamelijk veel tot volledige hulp. Per cel zijn vier percentages van het totaal aantal patiënten (208) genoemd. Het eerste percentage patiënten heeft op geen van beide gebieden hulp nodig, het vierde percentage heeft op beide gebieden veel hulp nodig. Het tweede en derde percentage patiënten heeft slechts op één van beide gebieden hulp nodig.

Door de mate van hulp nodig op telkens twee zorggebieden te combineren kan een indicatie gegeven worden in hoeverre differentiatie volgens zorgbehoefte toegespitst kan worden tot hulp op één gebied, of dat er in gecombineerde hulp voorzien moet worden en voor hoeveel patiënten.

Differentiatie in zorg tussen degenen die bij de combinatie van zelfzorg + huishouden en bezigheden veel hulp nodig hebben en zij die

Tabel 2: Kruistabellen voor de diverse hulpgebieden, in percentages van het totaal (208 patiënten)

0 = weinig tot geen hulp

1 = tamelijk veel tot volledige hulp

Waarde		zelfz. +huish.		bezigheden		psych. hulp		contact		geld- beheer	
		0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
zelfz.	0			59	5	30	34	45	19	47	17
+huish.	1			21	15	10	26	15	21	11	25
bezigh.	0					36	43	51	29	52	28
	1					4	17	9	11	6	14
psych.h.	0							26	14	27	13
	1							33	27	31	29
contact	0									36	24
	1									21	19

weinig tot geen hulp daarin nodig hebben, is zinvol omdat meer dan de helft (59%) daarin nauwelijks hulp nodig heeft. Er is een redelijke groep (21%), die veel hulp in basale zelfzorg en huishouden gegeven moet worden, maar niet in het stimuleren tot bezigheden. Dat zijn de patiënten die vooral verzorging nodig hebben. Het is niet zinvol om groepen te maken die alléén in bezigheden begeleid worden en niet in basale zelfzorg, want dat betreft slechts 5% van de populatie. De patiënten die in bezigheden en voor activiteitentherapie gestimuleerd moeten worden, hebben dus ook veelal hulp nodig bij zelfzorg.

De combinatie van hulp bij basale zelfzorg en hulp bij psychische problemen toont dat, van de grote groep patiënten die veel hulp bij psychische problemen nodig heeft (60%), de helft weinig tot geen hulp nodig heeft bij basale zelfzorg. Op beide gebieden heeft 26% van alle patiënten veel hulp nodig en 30% weinig tot geen. Dit betekent dat voor een deel van de patiënten gedifferentieerd zou kunnen worden naar groepen met wel of geen hulp op beide gebieden.

Differentiëren in hulp bij psychische problemen en hulp bij bezigheden betekent dat vooral patiënten die alléén veel psychische hulp nodig hebben, eruit gelicht kunnen worden, want dat geldt voor 43%. Maar als er veel hulp bij bezigheden nodig geacht wordt door de verpleging, is meestal ook veel hulp bij psychische problemen aangewezen. De meeste patiënten die hulp bij bezigheden nodig hebben, hebben ook veel hulp nodig bij psychische problemen en, zoals al eerder beschreven, ook bij zelfzorg.

Van degenen die hulp bij het beheren van hun zakgeld nodig hebben (42%), heeft 49% ook veel hulp nodig bij psychische problemen en 70% bij bezigheden en zelfzorg. Als dus bij het beheren van het zakgeld hulp nodig is, is bij een grote groep op meerdere gebieden hulp nodig. Maar andersom gaat het veel zorg nodig hebben bij basale zelfzorg ook gepaard met veel hulpnoodzaak bij zakgeldbeheer. Als bij zakgeldbeheer veel hulp nodig is, lijkt dat een teken van algemene hulpbehoefte. Daarbij is er voor de helft van hen ook hulp nodig bij psychische problemen. Differentiatie in aard van zorg is minder zinvol op het gebied van zakgeldbeheer. Hierbij moet opgemerkt worden dat voor de hele onderzoekspopulatie het invullen van ziekenfonds-, AWBZ- of belastingpapieren en eventueel inkomen- en vermogensbeheer door het maatschappelijk werk geregeld wordt.

Slechts 53% van de patiënten heeft zowel veel hulp nodig bij psychische problemen als bij sociale contacten. Dat hulpnoodzaak op beide gebieden niet voor alle patiënten met elkaar samenhangt, kan passen bij de bevinding van De Jong (1984), dat het beloop van de sociale beperkingen betrekkelijk los staat van het beloop van de symptomatologie. Van degenen die veel hulp nodig hebben bij psychische problemen (60%), heeft 45% ook veel hulp nodig bij sociale contacten

en 55% niet. Alléén hulp bij sociale contacten heeft 14% nodig, terwijl 33% alléén bij psychische problemen veel opvang nodig heeft.

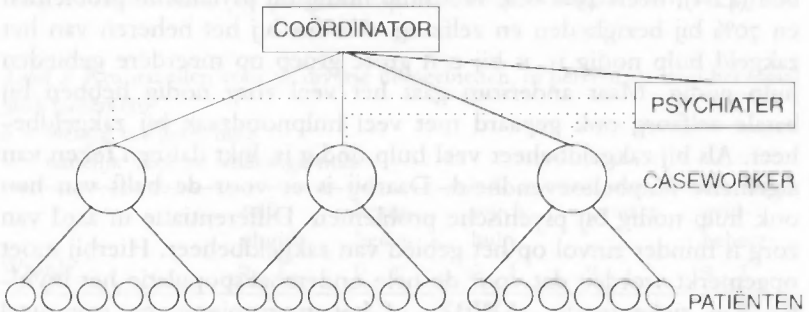
Drie organisatie modellen

Vanuit deze inventarisatie van de behoefte aan verschillende soorten hulp lijkt het zinvol om de hulpverlening zo te organiseren, dat ze de heterogene groepen chronische patiënten kan ondersteunen met hulp op maat, op de voor deze groepen aangewezen gebieden.

Er worden hier drie modellen beschreven volgens Reinke en Greenley (1986): het casework-model, het paraprofessionele model en het teammodel. De kenmerken, evenals de voor- en nadelen zijn in werkelijkheid minder scherp dan de beschrijving op het eerste gezicht doet vermoeden, omdat dezelfde hulpverlener in meerdere modellen een rol kan vervullen. Hierdoor kunnen de nadelen van het ene model door het andere ondervangen worden.

Casework-model – Bij dit model is uitgegaan van het 'social casework'. Dit impliceert dat op een methodische manier wordt gewerkt met patiënten, op grond van de menselijke relatie, met het doel om bij het individu vermogens te mobiliseren en diensten in te schakelen en te coördineren om continu zorg te garanderen (Heerdink e.a. 1989; Kamphuis 1972).

Casework-model



Iedere caseworker heeft een aantal patiënten die hij in alle facetten begeleidt. Hij inventariseert de behoeften en vaardigheden van de patiënt en is gericht op het oplossen van alledaagse maatschappelijke problemen zoals financiële zaken, werk- en bezigheidsrevalidatie, sociale problemen, het begeleiden in de motivatie tot en keuze van een woonsituatie, het inpassen van de patiënt daarin en het begeleiden van de familie en relaties. Maar tegelijkertijd zal de caseworker decompensaties moeten herkennen. Hij kan deze voorkomen door af te

wegen welke verantwoordelijkheden hij aan de patiënt zelf kan overlaten en welke hij over moet nemen van de patiënt.

Als er een crisis is, moet de caseworker voor 'zijn' patiënt beschikbaar zijn en eventueel anderen voor hulp inschakelen. De caseworker heeft binnen dit model een individuele relatie met de patiënten. Hij moet gemakkelijk bereikbaar en toegankelijk zijn en de patiënten in hun woon- of verblijfssituatie begeleiden. In dit model werkt hij autonoom en is hij verantwoordelijk voor zijn patiënten. Hij heeft daarbij geen geformaliseerd overleg met anderen over de patiënten die hij begeleidt. Er is weinig supervisie en coördinatie noodzakelijk, tenzij er problemen zijn waarvoor hij andere hulpverleners nodig heeft.

Het casework-model kan gebruikt worden voor veel patiënten; met name is het geschikt voor patiënten die vooral in praktische zaken begeleiding nodig hebben. De combinatie van maatschappelijk werk en inzicht in de psychische problematiek is nodig, omdat voor 69% van degenen die veel begeleiding nodig hebben in het beheer van hun geld (als representant van praktische maatschappelijke problemen) ook begeleiding nodig is van psychische problemen. Voor 42% van de totale patiëntenpopulatie zijn beide vormen van ondersteuning veel nodig.

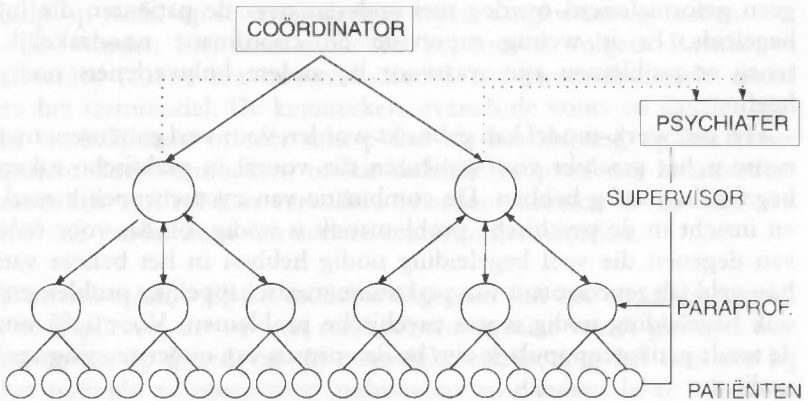
Het voordeel van dit model is dat de caseworker zich kan specialiseren in het begeleiden van deze specifieke categorie patiënten. Het accent van de begeleiding ligt op het helpen bij praktische problemen. Daarbij komt voor bijna de helft van de patiënten tevens een begeleiding bij psychische problemen. De caseworker kan naar eigen goeddunken handelen, voor zover dit binnen de algemene ideologie van de organisatie past. Daardoor kan hij zich gemakkelijk aan de behoeften van de patiënten aanpassen. Hij kan direct handelen, zonder eerst te overleggen met anderen.

Omdat hij niet veel hoeft te vergaderen, kan hij het grootste deel van zijn tijd besteden aan de patiëntenzorg. De duidelijkheid die ontstaat doordat er één persoon verantwoordelijk is voor een bepaalde groep patiënten, is een voordeel van het casework.

De andere kant van deze medaille is dat de hulpverlening afhankelijk is van de houding en visie van één caseworker en dat de verantwoordelijkheid geheel op zijn schouders rust, zonder geformaliseerd overleg. Daardoor kan hij geïsoleerd staan ten opzichte van andere medewerkers. Verder kan hij een crisis of decompensatie alleen maar signaleren en moet de patiënt dan doorverwijzen. Het is dan afhankelijk van de mogelijkheid daartoe in hoeverre deze opvang een extra belasting vormt. De werkbelasting kan sterk oplopen als meerdere patiënten tegelijk in een crisis geraken. Dan kan het leiden tot een te vroeg nemen van restrictieve maatregelen.

Paraprofessioneel model – Beroepskrachten die opgeleid zijn voor praktische, huishoudkundige of basale verzorging, maar eventueel ook vrijwilligers, helpen de patiënten ter plaatse in het uitvoeren van de dagelijkse taken. Zij helpen de patiënten zich aan te passen aan hun woon-situatie of verzorgen hen indien nodig. Zij werken dus in de woon-situatie zelf. Zij begeleiden de patiënt op basis van het persoonlijk

Paraprofessioneel model



contact zonder expliciete psychotherapeutische doelen.

De paraprofessionele medewerkers worden gesuperviseerd door een psychiatisch geschoolde verpleegkundige, die de patiënten wel enigszins kent en die eventueel uitleg en advies kan geven over de psychische verschijnselen. Anderzijds geeft de verpleegkundige informatie over de patiënt door aan die psychiater, psycholoog en/of maatschappelijk werker, die verantwoordelijk is voor het begeleidingsplan van die patiënt. Het gehele systeem moet gecoördineerd worden door een centrale coördinator, die de organisatie van de werkers en het programma regelt. Hij is tevens verantwoordelijk voor de verdeling van de werklust.

Dit model is geschikt voor patiënten die vooral afhankelijk zijn van de verzorging en waarbij de psychiatrische problematiek niet op de voorgrond staat.

Uit het onderzoek blijkt dat iets meer dan éénderde deel van de patiënten veel begeleiding nodig heeft in basale zelfzorg. Van hen heeft 73% ook begeleiding nodig bij psychische problemen en iets meer dan de helft in contact leggen. Dat betekent dat voor drievierde van de patiëntenpopulatie van dit onderzoek bij de paraprofessionele verzorging supervisie en eventueel hulp van de psychiatisch geschoolde verpleegkundige nodig is. Voor éénvierde deel is deze supervisie niet nodig.

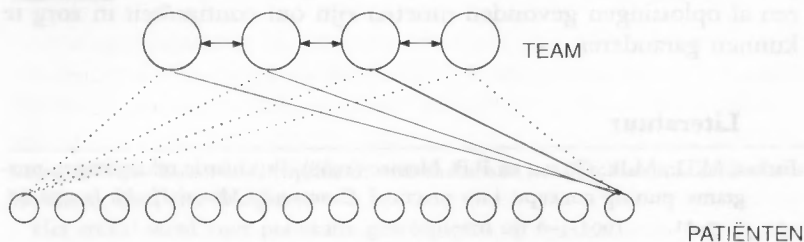
Het voordeel van het paraprofessionele model is dat de paraprofes-

sionele medewerkers zich specifiek kunnen richten op de zorgaspecten van de patiënt. Zij kunnen intensief met de patiënt omgaan in het woonmilieu en hem daar helpen bij het aanleren van vaardigheden. Doordat de vaardigheden in de eigen situatie zijn aangeleerd, wordt minder generalisatie van de patiënt vereist dan wanneer in kunstmatige oefensituaties was getraind. Bovendien kan de medewerker direct binnen de omgeving eventuele compensaties voor gebreken regelen, waarvan zijn eigen 'mee-werken' bij de basale zorgtaken er één is. Door de supervisie kan de paraprofessionele medewerker leren om te gaan met de behoeften van de patiënt op dat moment. Doordat de paraprofessionele medewerkers de praktische taken op zich nemen, kunnen de verpleegkundigen zich psychiatrisch specialiseren en profileren. Een coördinator regelt het totaalprogramma, zodat er niet veel tijd verloren gaat aan onderling overleg over regelzaken. De verpleegkundigen kunnen flexibel hun tijd indelen tussen rechtstreeks patiëntencontact en supervisie en worden niet beperkt door aan tijd gebonden praktische dagelijkse taken.

Nadeel van dit model is dat de verschillende personen afhankelijk zijn van de informatie, die aan elkaar gegeven wordt. Er zijn daardoor vergaderingen en besprekingen nodig voor supervisie, begeleiding en het uitwisselen van informatie. Het werkproces wordt geformaliseerd door de coördinator, waardoor de vrijheid om naar 'goeddenken' te handelen beperkt is. De verantwoordelijkheid voor het gehele behandelbeleid ligt bij de staf, die echter niet direct betrokken is bij het patiëntencontact.

Teammodel – In dit model is één teamlid de vaste begeleider, maar de andere teamleden kennen de patiënt ook en kunnen indien nodig een gesprek met hem aangaan. Er zijn daardoor altijd mensen die de patiënt kunnen opvangen, als een hulpverlener afwezig is. Ook kan een teamlid de patiënt in zijn verblijfplaats bezoeken als er problemen zijn. Andere teamleden kunnen dan tijdelijk het werk in de instelling overnemen. In wezen werkt het hele team aan eenzelfde groep patiënten en kan ieder teamlid een patiënt opvangen indien nodig. Naast de persoonlijke specialisatie wordt gezamenlijk over het revali-

Teammodel



datieprogramma beslist. Het werk wordt in overleg met elkaar gepland, zonder centrale coördinator.

Deze werkwijze is vooral geschikt voor patiënten bij wie de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat. Dit geldt voor 34% van de onderzoekspopulatie. De overige 26% die hulp nodig heeft bij psychische problemen, heeft begeleiding nodig volgens het casework-model of het paraprofessionele model.

Als voordeel van het teammodel geldt dat de werkwijze geschikt is voor die psychisch gestoorde patiënten die continuïteit nodig hebben. Dat geldt voor veel chronische patiënten. Bij vakanties of ziekte van een hulpverlener ontstaat er geen leemte voor hen waardoor de kans op continuïteit in zorg groter is. De teamleden zijn bovendien goed toegankelijk voor de patiënten. Door het contact met verschillende teamleden is er een grotere kans dat prodromen van decompensaties tijdig onderkend worden. Bij crisis kunnen de leden voor elkaar optreden en de werklast verdelen, zodat overbelasting vermeden wordt. Daarbij is het een steun dat er direct ervaringen met elkaar uitgewisseld kunnen worden, omdat de ander de patiënt ook kent. Hierdoor is tevens kwaliteitsbewaking mogelijk op elkaars werk.

De nadelen zijn de vele vergaderingen die nodig zijn over patiënten en over beleid. Het risico is niet denkbeeldig dat de taakafbakening vervaagt, wat kan leiden tot langdurige discussies. Wanneer er in dit model geen speciale aandacht wordt gegeven aan de afbakening van de verantwoordelijkheden, ontstaat er op dit gebied gemakkelijk een ongewenste onduidelijkheid.

Conclusie

Als de hulpverlening aan de heterogene groep chronische patiënten een behandeling op maat wil bieden, is differentiatie in specifieke functies onvoldoende. Maatwerk betekent dat de organisatie van de hulpverleners zich flexibel moet kunnen schikken naar de toestand van de patiënten. Hiervoor zijn drie organisatiemodellen geschikt. Een staf van medewerkers kan van model variëren, afhankelijk van de opvangbehoefte van de patiënt. Voorwaarde hiervoor is dat expliciet bepaald en afgesproken wordt volgens welk model een bepaalde patiënt begeleid gaat worden. Voor de mogelijke nadelen zullen tevoren al oplossingen gevonden moeten zijn om continuïteit in zorg te kunnen garanderen.

Literatuur

- Farkas, M.D., M.R. Cohen en P.B. Nemeec (1988), Psychiatric rehabilitation programs: putting concepts into practice? *Community Mental Health Journal* 24, 1, 7-21.

- Heerdink, C.F.M., en A.J.P. Schrijvers (1989), Case management. 'What is in a name?' *Medisch Contact* 44, 1303-1306.
- Hock, H.W. (1987), *Psychiatrisch onderzoek met de CIPS: De Classificatie van Intellectuele en andere Psychologische Stoornissen bij chronische psychiatrische patiënten*. Dissertatie, Groningen.
- Jong, A. de (1984), *Over psychiatrische invaliditeit*. Dissertatie, Groningen.
- Kaiser, L.H.W.M. (1988, 1990), *Motivatie van langdurig opgenomen patiënten met betrekking tot verblijf in of ontslag uit het APZ*. Intern Rapport, Wolfheze.
- Kamphuis, M. (1972), *Wat is social casework?: een eerste inleiding*. Samsom, Alphen aan den Rijn.
- Reinke, B., en J.R. Greenley (1986), Organizational analysis of three community support program models. *Hospital and Community Psychiatry* 6, 37, 624-629.
- Talbott, J.A., en I.D. Glick (1986), The inpatient care of the chronically mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 129-140.

Summary: On rehabilitation and differentiation

Long-stay patients in a general psychiatric hospital may need some special prothesis for their rehabilitation. For 208 patients, intramural in a sociotherapeutic centre of a GPH, the kind of support or treatment that they needed, was investigated for their daily functioning according to the nurses.

Diversification of support is possible, although many patients need support for particular combinations of impairments in tasks in daily functioning. It is important that demand and supply of care are matched. This necessitates a diversification of offered services intramurally as well as extramurally. It goes without saying that this deeply affects the organisation of the health system. To this end three organisational models are proposed and their relative merits are elucidated.

Laura H.W.M. Kaiser is als psychiater verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis Wolfheze, 6874 BE Wolfheze.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 6-5-1991.