

De invloed van rehabilitatie op het activiteiten- en participatieniveau van chronisch psychiatrische patiënten: een effectonderzoek

T.F. VAN WEL, A.J.A. FELLING, J.M.G. PERSOON

ACHTERGROND Bij vernieuwingen van woonmilieus van opgenomen chronisch psychiatrische patiënten staat (milieugerichte) rehabilitatie centraal. Normalisatie en kleinschaligheid zijn hierbij kernwoorden. Met ons onderzoek volgden wij chronisch psychiatrische patiënten in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis dat tussen 1992 en 1997 alle woonmilieus heeft vernieuwd.

DOEL Toetsing van het theoretisch milieugericht rehabilitatiemodel. Het model geeft inzicht in de invloed van milieugerichte rehabilitatie op het activiteiten- en participatieniveau van de opgenomen patiënten.

METHODE Door middel van een panelonderzoek met drie meetmomenten in zeven jaar zijn van alle opgenomen chronisch psychiatrische patiënten de mate van normalisatie van het woonmilieu, het activiteiten- en participatieniveau, en de patiëntkenmerken en diagnoses vastgelegd.

RESULTATEN Een grotere mate van milieugerichte rehabilitatie, in dit geval een normaler woonmilieu, leidde tot een hoger activiteiten- en participatieniveau van patiënten. Er is gecontroleerd voor de activiteiten- en participatieniveaus op eerdere meetmomenten en voor de leeftijd. Ook is gecontroleerd voor het feit dat van de beter functionerende patiënten er meer in aanmerking kwamen voor normalere woonmilieus dan van de minder goed functionerende patiënten.

CONCLUSIE Het theoretisch milieugericht rehabilitatiemodel wordt ondersteund, en daarmee de veronderstelling dat (milieugerichte) rehabilitatie het activiteiten- en participatieniveau van patiënten vergroot.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44(2002)9, 589-597]

TREFWOORDEN activiteitsniveau, algemeen psychiatrisch ziekenhuis, participatieniveau, rehabilitatie

De laatste decennia is er in de woonmilieus van chronisch psychiatrische patiënten in algemeen psychiatrische ziekenhuizen (apz's) veel veranderd. Deconcentratieprojecten buiten de hoofdlocatie en vernieuwingen op de hoofdlocatie laten zich kenmerken door de termen rehabilitatie, normalisatie en kleinschaligheid. De effecten van deze vernieuwingen op de patiënten zijn beperkt onderzocht.

In het apz waar wij ons onderzoek hebben uitgevoerd, zijn alle woonmilieus vernieuwd. In ons onderzoek zijn daarbij enerzijds de mate van normalisatie van het woonmilieu en anderzijds het activiteiten- en participatieniveau van alle in dit apz opgenomen chronische psychiatrische patiënten vastgelegd. Wij hebben hiervoor gekozen in verband met onze verwachting dat de vernieuwingen niet tot veranderingen in de stoor-

nissen van patiënten zouden leiden, maar tot veranderingen in hun activiteiten- en participatieniveau. De woordkeuze ‘activiteiten en participatie’ sluit aan bij de nieuwe terminologie van de World Health Organization (WHO) om op uniforme wijze gezondheid en aan gezondheid gerelateerde onderwerpen te classificeren: de *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (World Health Organization 2001). Met behulp hiervan kunnen bijvoorbeeld effectiviteit en efficiëntie van de gezondheidszorg worden geëvalueerd. ‘Functioneren’ (functioning) heeft betrekking op alle positieve en probleemloze aspecten van gezondheid, zowel lichamelijk, individueel als maatschappelijk; met ‘beperkingen’ (disabilities) worden de problemen hiermee aangeduid. Er zijn twee componenten van gezondheid waar functioneren en beperkingen betrekking op hebben. Ten eerste zijn er de lichaamsfuncties en -structuren; beperkingen (stoornissen) zijn problematische afwijkingen of de afwezigheid van een psychologische, fysiologische of anatomische lichaamsfunctie of -structuur. Ten tweede zijn er de activiteiten en participatie. Activiteiten hebben betrekking op de uitvoering van individuele taken of acties; activiteitenbeperkingen richten zich op de moeilijkheden in de uitvoering hiervan. Participatie is gericht op het deelnemen aan de samenleving; participatieproblemen hebben betrekking op de problemen die een individu ondervindt in de wijze waarop en de mate waarin hij deel kan nemen aan de samenleving. De ICF kan toegepast worden op het activiteiten- en participatieniveau van elke wereldburger, zowel bij goed functioneren als bij aanwezigheid van beperkingen.

Het terugdringen van stoornissen van de lichaamsfuncties en -structuren vereist een andere deskundigheid dan het vergroten van het activiteiten- en participatieniveau. Alle activiteiten met het doel stoornissen terug te dringen worden aangeduid met de term ‘behandeling’.

‘Rehabilitatie’ richt zich op het vergroten van het activiteiten- en participatieniveau. Er

bestaan verschillende interpretaties van rehabilitatie. Het belang om tot consensus te komen is groot (Barton 1999; Dröes 2001). Wij stellen als definitie van rehabilitatie als hulpverleningsvorm in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) een aanpassing voor van een eerder in dit tijdschrift gepubliceerde definitie (Van Wel 1994): ‘Rehabilitatie is het proces waarbij men directe hulpverlening aan de cliënt combineert met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving, met als doel de activiteiten en participatie zoveel mogelijk te vergroten en aanwezige capaciteiten zo goed mogelijk te gebruiken, in een zo normaal mogelijk sociaal kader’ (Van Wel 2002).

Wij beperken ons in dit artikel overigens tot de vorm van rehabilitatie die zich richt op de begeleiding en beïnvloeding van de omgeving: de ‘milieugerichte rehabilitatie’. Milieugerichte rehabilitatie is een hulpverleningsvorm die streeft naar een zo groot mogelijke mate van normalisatie van de omgeving met als doel de activiteiten en participatie van patiënten zoveel mogelijk uit te breiden.

Ons onderzoek heeft betrekking op een secundaire analyse die gebaseerd is op een gegevensset met drie meetmomenten (T₁, T₂ en T₃), verspreid over ruim zeven jaar. Op elk meetmoment zijn de activiteiten en de participatie van de in het apz opgenomen chronisch psychiatrische patiënten vastgelegd. Van alle patiënten is informatie over de mate van normalisatie van het woonmilieu beschikbaar. Tussen T₂ en T₃ neemt het rehabilitatiegehalte van de woonmilieus toe. Nagenoeg alle woonmilieus zijn toen veranderd: buiten het apz-terrein zijn kleinschalige woonmilieus met een relatief grote mate van normalisatie in gebruik genomen en op het apz-terrein zijn zowel de open als de gesloten woonmilieus geheel vernieuwd (door nieuwbouw of renovatie). T₃ was gemiddeld één jaar na het in gebruik nemen van de nieuwe of vernieuwde woonmilieus. De chronische psychiatrische patiënten verbleven toen in drie te onderscheiden woonmilieus van het apz. In toenemende mate van normalisatie zijn dit: een gesloten woonmilieu op het apz-terrein, een open

woonmilieu op het apz-terrein, en een open woonmilieu buiten het apz-terrein ('uitgeplaatst'). Hoewel alle patiënten in een nieuw of vernieuwd woonmilieu terecht zijn gekomen, was voor een deel van de individuele patiënten op het apz-terrein de mate van normalisatie van het woonmilieu (namelijk het open of gesloten karakter) niet veranderd. Een plaatsing in een woonmilieu buiten het apz-terrein betrof wel altijd een toename van de mate van normalisatie.

Met als doel de invloed van milieugerichte rehabilitatie op het activiteiten- en participatieniveau vast te kunnen stellen, hebben wij een theoretisch milieugericht rehabilitatiemodel opgesteld. Dit model hebben wij getoetst aan de empirie. In het model is de samenhang opgenomen tussen enerzijds milieugerichte rehabilitatie, hier de mate van normalisatie van het woonmilieu, en anderzijds het activiteiten- en participatieniveau van patiënten. Deze samenhang is in dit model gecontroleerd voor het selectieproces: het ligt immers voor de hand dat van de patiënten met een relatief hoog activiteiten- en participatieniveau er meer in aanmerking zijn gekomen voor plaatsing in normalere woonmilieus dan van de patiënten met een relatief laag activiteiten- en participatieniveau. Zowel met betrekking tot de selectie voor een normaler woonmilieu alsook met betrekking tot de activiteiten en participatie hebben wij patiëntken-

merken en de diagnoses in ogenschouw genomen (zie tabel 1). De verwachte samenhangen staan weergegeven in figuur 1.

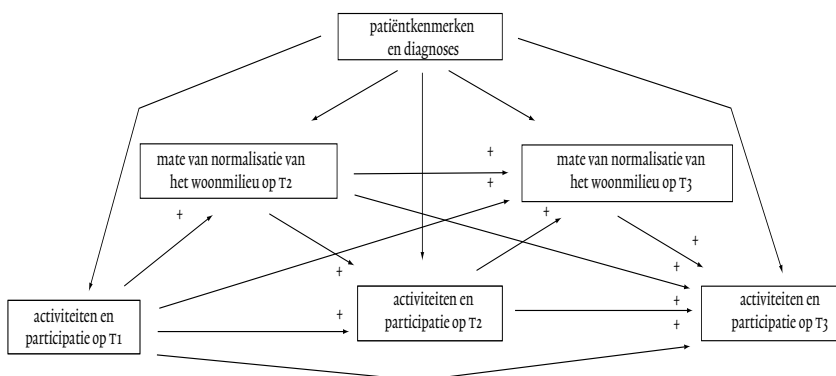
VRAAGSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek had de volgende vraagstellingen: (1) In hoeverre wordt het theoretisch milieugericht rehabilitatiemodel ondersteund door de empirie?; (2) Zijn er determinanten vast te stellen van het activiteiten- en participatieniveau van in het apz opgenomen chronisch psychiatrische patiënten op T₃?; (3) Zo ja: wat is de verklaringskracht op dit activiteiten- en participatieniveau van: de milieugerichte rehabilitatie in dit geval de mate van normalisatie van het woonmilieu op T₂ en op T₃; het activiteiten- en participatieniveau op T₁ en op T₂; de patiëntkenmerken op T₃; de diagnoses van patiënten op T₃? Het gaat hierbij om gecontroleerde verklaringskracht. Er wordt rekening gehouden met de selectie van patiënten om in aanmerking te komen voor een normaler woonmilieu.

PATIËNTEN EN METHODE

Binnen de longitudinale onderzoekstypen is dit onderzoek te omschrijven als een panelonderzoek. Een panelonderzoek heeft een longitudina-

FIGUUR 1 Theoretisch milieugericht rehabilitatiemodel



le onderzoeksopzet waar bij dezelfde onderzoeks-eenheden over dezelfde variabelen op twee of meer tijdstippen waarnemingen worden ver-richt.

Het eerste meetmoment in dit onderzoek (T1) was medio 1989, het tweede meetmoment (T2) medio 1991. Tussen 1992 en 1997 waren er omvangrijke veranderingen in de woonmilieus, zoals renovaties, nieuwbouw en uitplaatsingen. T3 was een jaar na de verschillende verhuisdata. Dit betekent dat de periode tussen T2 en T3 per patiënt verschilde; gemiddeld was deze periode ruim 5 jaar met een standaardafwijking van ruim 1 jaar.

Bij alle metingen zijn gegevens verzameld van de patiënten die aanwezig waren op de lang-verblijfsafdelingen van het apz Willem Arntsz

Hoeye te Den Dolder (thans onderdeel van Altrecht ggz). Van 129 patiënten zijn van alle meetmomenten alle gegevens beschikbaar. De toetsing van het theoretisch milieugericht reha-bilitatiemodel heeft betrekking op deze 129 pati-enten. Deze patiënten zijn in vergelijking met patiënten die langdurig in andere Nederlandse apz's zijn opgenomen iets ouder, maar verschil-len weinig in andere kenmerken (zie tabel 1).

Het activiteiten- en participatieniveau Het ac-tiviteiten- en participatieniveau is per patiënt in beeld gebracht met behulp van een vragenlijst die is ingevuld door een medewerker die de betreffende patiënt ten minste een half jaar in zijn dagelijks functioneren kende. Het invullen van de vragenlijst duurde ongeveer een kwartier

TABEL 1 Patiëntkenmerken en diagnoses van patiënten op T3 (n = 129)

| | | % | | | % |
|-------------------|--------------------|------|--|--------------------------|------|
| Leeftijd | t/m 49 jaar | 14,7 | Opnameduur in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis | t/m 14 jaar | 20,9 |
| | 50 t/m 69 jaar | 46,5 | | 15 t/m 24 jaar | 34,9 |
| | 70 jaar en ouder | 38,8 | | 25 jaar en langer | 44,2 |
| Geslacht | vrouw | 51,2 | Opleidingsniveau | t/m basisonderwijs | 46,5 |
| | man | 48,8 | | lager onderwijs | 23,3 |
| Burgerlijke staat | gehuwd | 9,3 | | middelbaar onderwijs | 18,6 |
| | ongehuwd | 90,7 | | hoger onderwijs | 11,6 |
| Ouders | in leven | 14,7 | Psychiatrische hoofddiagnose | schizofrenie | 51,9 |
| | niet meer in leven | 85,3 | | overige psychoses | 17,1 |
| Broers en zussen | in leven | 73,6 | | neurotische/depressieve | |
| | niet in leven | 26,4 | | stoornis | 10,1 |
| Kinderen | wel kinderen | 29,5 | Tweede psychiatrische diagnose | persoonlijkheidsstoornis | 9,3 |
| | geen | 70,5 | | overige stoornissen | 11,6 |
| | | | Ernstige somatische diagnose | wel | 25,2 |
| | | | | geen | 74,8 |

en vereiste geen training. In de meeste gevallen vulde een medewerker voor drie tot vier patiënten een vragenlijst in.

Bij het opstellen van deze vragenlijst is Haveman (1987) als belangrijkste inspiratiebron gebruikt. De betrouwbaarheid van de items typeert Haveman als redelijk tot goed. Uit factoranalyse blijkt dat wij in ons onderzoek van één factor 'activiteiten- en participatieniveau' kunnen spreken. Dit activiteiten- en participatieniveau telt 37 meerkeuze-items welke betrekking hebben op een zevental dimensies, te weten: interne sociale integratie (bijvoorbeeld 'knoopt uit zichzelf een praatje aan'), basale zelfredzaamheid ('heeft hulp bij het aankleden nodig'), mediagebruik ('leest de krant'), contacten met personen van buiten de instelling/leefeenheid zonder er zelf te komen ('krijgt bezoek van personen die buiten de instelling wonen'), buiten de instelling/leefeenheid komen ('doet boodschappen buiten het terrein van de instelling'), potentiële sociale vaardigheden ('zal in staat zijn om een eenvoudige warme maaltijd te bereiden') en vreedzaam in de omgang ('slaat of schopt anderen'). De sterke factorstructuur en de hoge betrouwbaarheid (Cronbach's $\alpha = 0,88$) wijzen op goede psychometrische kwaliteiten van het meetinstrument.

De omgeving Om op een gestructureerde wijze inzicht te krijgen in de mate van normalisatie van het woonmilieu is gebruikgemaakt van de zorgmodeltypologie (Wennink 1989). Wij komen op basis van de huidige praktijk tot een aangepaste typologie van drie woonmilieus. Deze beschouwen wij als een continue variabele die de mate van normalisatie weergeeft.

Omgevingstype 1 betreft een gesloten eenheid waar patiënten niet zonder toestemming kunnen vertrekken. Het bevindt zich altijd op het apz-terrein, men werkt er in teamverband met middelgrote en grote patiëntgroepen. Omgevingstype 2 is een open setting die zich op het apz-terrein bevindt, men werkt er vrijwel altijd in teamverband met meestal middelgrote en

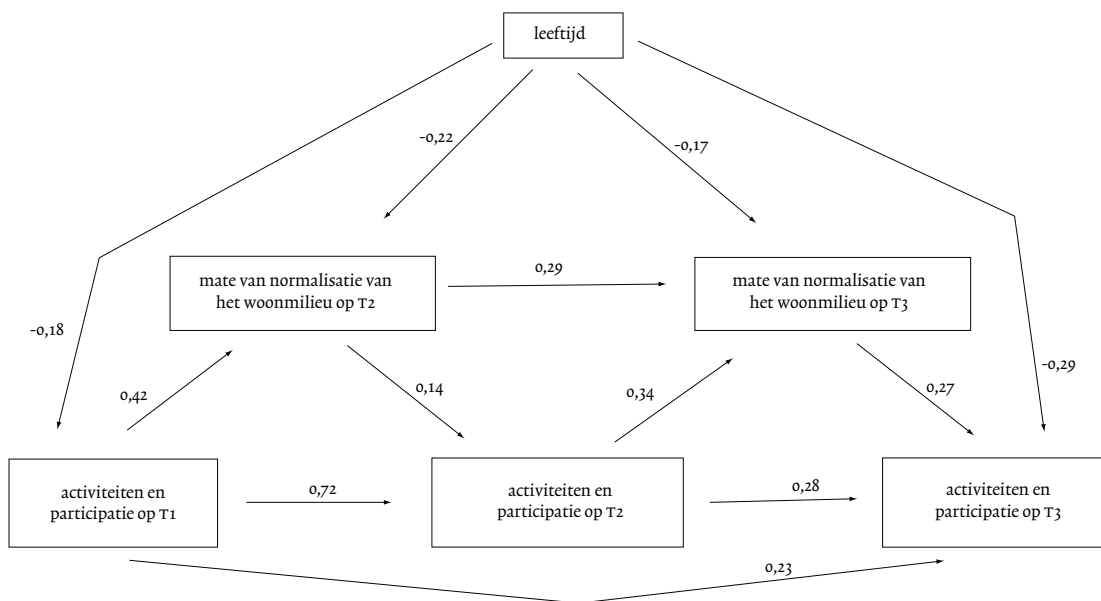
grote groepen. Omgevingstype 3 betreft een kleinschalige open setting buiten het apz-terrein waar de begeleider vaak zonder collega's werkt en in de meeste gevallen alleen overdag aanwezig is.

RESULTATEN

De op T3 uitgeplaatste patiënten (in omgevingstype 3) vertoonden gemiddeld een hoger activiteiten- en participatieniveau dan de niet-uitgeplaatsten (in omgevingstype 1 en 2). Dit was echter op T2 (dus vóór de woonveranderingen) ook al het geval. Bij de niet-uitgeplaatsten is het activiteiten- en participatieniveau tussen T2 en T3 achteruitgegaan, bij de uitgeplaatsten is dit niveau gelijk gebleven.

De patiëntkenmerken en diagnoses van patiënten blijken noch met het activiteiten- en participatieniveau, noch met de selectie voor plaatsing in een normaler woonmilieu samen te hangen wanneer in een multivariate analyse gecontroleerd wordt voor patiëntkenmerken en diagnoses van patiënten. De leeftijd blijkt hierop de enige uitzondering: uit zowel de bivariate als de multivariate analyses blijkt dat de leeftijd van grote invloed is op enerzijds het activiteiten- en participatieniveau van patiënten en anderzijds op de selectie voor plaatsing in een normaler woonmilieu. Wij hebben daarom besloten alleen leeftijd op te nemen in het theoretisch milieugericht rehabilitatiemodel. Om de veronderstelde verbanden te toetsen is een structureel vergelijkingsmodel opgesteld (Jöreskog & Sörbom 1999). Dit is te beschouwen als een verklaringsmodel waarin wordt nagegaan in hoeverre empirisch gevonden correlaties zijn terug te voeren op theoretisch veronderstelde mechanismen. Het model is verkregen door in eerste instantie de in figuur 1 (waarbij de patiëntvariabelen en diagnoses van patiënten zijn vervangen door de leeftijd) weergegeven verbanden tussen de variabelen in de analyse op te nemen en vervolgens één voor één de niet-significante verbanden uit het model te verwijderen. De uitkomsten hiervan met de gestandaardiseerde effecten staan weergegeven

FIGUUR 2 Empirisch-theoretisch milieugericht rehabilitatiemodel met gestandaardiseerde effecten (n=129)



TABEL 2 Directe, indirecte en totale gestandaardiseerde effecten van de leeftijd, van de activiteiten en participatie op T1 en op T2, en van de mate van normalisatie van het woonmilieu op T2 en op T3 op de activiteiten en participatie op T1, T2 en T3, inclusief de verklaarde variantie (R^2)

| | activiteiten en participatie op T1 $R^2 = 0,03$ | | | activiteiten en participatie op T2 $R^2 = 0,63$ | | | activiteiten en participatie op T3 $R^2 = 0,62$ | | |
|--|--|----------|--------|--|----------|--------|--|----------|--------|
| | direct | indirect | totaal | direct | indirect | totaal | direct | indirect | totaal |
| leeftijd | -0,18 | | -0,18 | | -0,17 | -0,17 | -0,29 | -0,17 | -0,47 |
| activiteiten en participatie op T1 | | | | 0,72 | 0,06 | 0,78 | 0,23 | 0,32 | 0,55 |
| activiteiten en participatie op T2 | | | | | | | 0,28 | 0,09 | 0,37 |
| mate van normalisatie van het woonmilieu op T2 | | | | 0,14 | | 0,14 | | 0,13 | 0,13 |
| mate van normalisatie van het woonmilieu op T3 | | | | | | | 0,27 | | 0,27 |

in figuur 2. De directe, indirecte en totale effecten op deze variabelen staan vermeld in tabel 2 en 3. Het verblijf in een normaler woonmilieu op T3 wordt verklaard door gegevens van gemiddeld ruim vijf jaar daarvoor en door de leeftijd (verklaarde variantie $R^2 = 0,37$). Een lagere leeftijd en een hoger activiteiten- en participatieniveau ver-

klaren dat iemand later in een normaler woonmilieu verblijft. Bij eenzelfde activiteiten- en participatieniveau en dezelfde leeftijd verblijven er na gemiddeld ruim vijf jaar van de patiënten van een open afdeling relatief meer in een normaler woonmilieu dan van patiënten van een gesloten afdeling.

TABEL 3 Directe, indirecte en totale gestandaardiseerde effecten van de leeftijd, van de activiteiten en participatie op T1 en op T2, en van de mate van normalisatie van het woonmilieu op T2 op de mate van normalisatie van het woonmilieu op T2 en op T3, inclusief de verklaarde variantie (R^2)

| | mate van normalisatie van het woonmilieu op T2 $R^2 = 0,25$ | | | mate van normalisatie van het woonmilieu op T3 $R^2 = 0,37$ | | |
|--|--|----------|--------|--|----------|--------|
| | direct | indirect | totaal | direct | indirect | totaal |
| leeftijd | -0,22 | -0,08 | -0,30 | -0,17 | -0,15 | -0,31 |
| activiteiten en participatie op T1 | 0,42 | | 0,42 | | 0,39 | 0,39 |
| activiteiten en participatie op T2 | | | | 0,34 | | 0,34 |
| mate van normalisatie van het woonmilieu op T2 | | | | 0,29 | 0,05 | 0,34 |

Op T3 zijn er determinanten vast te stellen van het activiteiten- en participatieniveau van patiënten ($R^2 = 0,62$). Deze zijn: de milieugerichte rehabilitatie, in dit geval de mate van normalisatie van het woonmilieu op T3, het activiteiten- en participatieniveau op T1 en op T2, en de leeftijd.

Van de patiëntkenmerken blijkt alleen de leeftijd een rol te spelen als verklaring van het activiteiten- en participatieniveau op T3. De diagnoses van patiënten vallen alle weg. Een normaler woonmilieu op T2 (dat wil zeggen of de patiënt in een open of in een gesloten woonmilieu op het terrein van het apz verblijft) blijkt, gecontroleerd voor de andere variabelen, geen verband te hebben met het activiteiten- en participatieniveau van patiënten op T3. Milieugerichte rehabilitatie, hier de mate van normalisatie van het woonmilieu op T3, heeft een direct effect (0,27) op het activiteiten- en participatieniveau van patiënten op T3. Daarnaast verklaren nog 3 andere variabelen het hebben van een hoger activiteiten- en participatieniveau van patiënten op T3: (1) het activiteiten- en participatieniveau op T1 (met een direct effect van 0,23): hoe hoger het activiteiten- en participatieniveau op T1, hoe hoger het activiteiten- en participatieniveau op T3; (2) het activiteiten- en participatieniveau op T2 (met een direct effect van 0,28): hoe hoger het activiteiten- en participatieniveau op T2, hoe

hoger het activiteiten- en participatieniveau op T3; (3) de leeftijd (met een direct effect van -0,29): hoe jonger, hoe hoger het activiteiten- en participatieniveau op T3.

Een normaler woonmilieu op T3 blijkt een direct verband te hebben met een hoger activiteiten- en participatieniveau van patiënten op T3. Dit is gecontroleerd voor het activiteiten- en participatieniveau op twee eerdere meetmomenten en voor de leeftijd, en ook voor de selectie om in aanmerking te komen voor een normaler woonmilieu.

DISCUSSIE

Het theoretisch milieugericht rehabilitatiemodel wordt grotendeels ondersteund door de empirie. Milieugerichte rehabilitatie, in dit geval een grotere mate van normalisatie van het woonmilieu, heeft een positief effect op het activiteiten- en participatieniveau van in het apz opgenomen chronisch psychiatrische patiënten.

De omschrijving van de mate van normalisatie van het woonmilieu is in ons onderzoek niet fijnmazig van aard. Het gaat immers slechts om drie typen woonmilieus. Deze zijn weliswaar duidelijk herkenbaar in de praktijk, maar wij hebben binnen elk van deze drie omgevingstypen geen gradaties van normalisatie beschreven.

Die gradaties zijn wel relevant. Ter illustratie: een afdeling op het terrein van het apz met relatief grote groepen, restrictieve regels en zonder eenpersoonsslaapkamers heeft een geringere mate van normalisatie dan een afdeling met kleine groepen, minder opgelegde regels en met privéruimtes. Wij verwachten dan ook dat een verdere normalisatie binnen deze woonmilieus een positief effect zal hebben op het activiteiten- en participatieniveau van patiënten (Rehabilitatie-Dienst Westelijk Utrecht 2001).

Rehabilitatie wordt in toenemende mate als een leidend principe van de ggz beschouwd, in het bijzonder voor chronisch psychiatrische patiënten, maar ook bij de entree in de ggz (Regionale Werkgroep Rehabilitatie 2001). Het behandelen van alleen de psychiatrische stoornissen is onvoldoende. Er moet expliciete aandacht gegeven worden aan het vergroten van de activiteiten en de participatie van patiënten. Rehabilitatie richt zich hierop en ontwikkelt zich in rap tempo tot een onmisbaar specialisme in de ggz. Het onderscheid tussen enerzijds stoornissen en anderzijds activiteiten en participatie wordt steeds breder erkend. Van der Gaag e.a. (2000) spreken van 'domeinspecificiteit': behandeling vermindert symptomen en het lijden, maar leidt niet zonder meer tot verbetering van het activiteiten- en participatieniveau op het gebied van wonen, werk of sociale contacten.

De veronderstelling dat milieugerichte rehabilitatie het activiteiten- en participatieniveau vergroot, wordt door de empirie ondersteund. Waarschijnlijk heeft ook individuele rehabilitatie (Van Busschbach & Wiersma 1999; Luijten & Pieters 2000; Michon & Van Weeghel 2001; Swildens e.a. 2001) een positief effect op het activiteiten- en participatieniveau van patiënten. Deze twee vormen van rehabilitatie versterken elkaar. Tezamen met behandeling zijn er steeds meer mogelijkheden om de (verschillende componenten van) gezondheid van psychiatrische patiënten positief te beïnvloeden.

LITERATUUR

- Barton, R. (1999). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, 50, 525-534.
- Busschbach, J. van, & Wiersma, D. (1999). *Behoeft, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie*. Groningen: Disciplinegroep Psychiatrie van de Faculteit der Medische Wetenschappen Rijksuniversiteit Groningen/Stichting GGZ Groningen.
- Dröes, J. (2001). Rehabilitatie-effectonderzoek: een inventarisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 621-629.
- Gaag, M. van der, Pieters, G., & Shepherd, G. (2000). Rehabilitatie: omvang, organisatie en effectiviteit. In G. Pieters & M. van der Gaag (Red.), *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten* (pp. 1-13). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Haveman, M.J. (1987). *Van klinisch verblijf naar vervangende zorg. Een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Jöreskog, K.G., & Sörbom, D. (1999). *LISREL 8.30. Users Reference Guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Luijten, E., & Pieters, G. (2000). Vaardigheidstrainingen. In G. Pieters & M. van der Gaag (Red.), *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten* (pp. 58-69). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Michon, H., & van Weeghel, J. (2001). Individuele begeleiding maakt arbeidsrehabilitatie van mensen met ernstige psychische problemen effectiever. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 56, 55-58.
- Regionale Werkgroep Rehabilitatie. (2001). *De module rehabilitatie in het kader van zorgprogramma's in de regio Midden-Westelijk Utrecht*. Utrecht: Project zorgprogramma's Midden-Westelijk Utrecht.
- Rehabilitatie-Dienst Westelijk Utrecht. (2001). *Milieugerichte rehabilitatie. Handleiding*. Den Dolder: Altrecht ggz.
- Swildens, W., van Keijzerswaard, A., & Valenkamp, M. (2001). *Rehabilitatie: hoe langer, hoe beter. Onderzoek naar individuele rehabilitatie in de psychiatrie*. Amsterdam: SWP.
- Wel, T.F. van. (1994). Chronisch psychiatrische patiënten en rehabilitatie. Voorstellen voor definities. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 64-69.
- 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 ggz.

Wennink, H.J. (1989). *Beschut wonen. Onderzoek naar de opzet, effectiviteit en verbreiding van nieuwe woonvormen voor chronisch psychiatrische patiënten*. Proefschrift. Noordwijkerhout: Stichting Centrum St. Bavo.

World Health Organization. (2001). *ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.

AUTEURS

T.F. VAN WEL is gezondheidszorgpsycholoog en medisch socioloog, en is als behandelaar en rehabilitatiecoördinator verbonden aan Altrecht ggz te Utrecht.

A.J.A. FELLING is methodoloog en is als hoogleraar methodeleer verbonden aan de Faculteit der Sociale Weten-

schappen en aan de Faculteit der Managementwetenschappen, beide van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

J.M.G. PERSOON is theoretisch socioloog, en is emeritus hoogleraar medische sociologie aan de Faculteit der Medische Wetenschappen en aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen, beide van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres: T. van Wel, Altrecht ggz, divisie Westelijk Utrecht, Dolderseweg 164, 3734 BN Den Dolder.

E-mail: t.van.wel@altrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-5-2002.

SUMMARY

The influence of psychiatric rehabilitation on the activity and participation level of chronic psychiatric patients: an effect study – T.F. van Wel, A.J.A. Felling, J.M.G. Persoon –

BACKGROUND Environmental psychiatric rehabilitation is a central concept with respect to the innovation of living environments in general psychiatric hospitals. Normalization and small-scale are essential elements. Our research focuses on chronic psychiatric patients in such a hospital. Between 1992 and 1997, all of the living environments associated with this hospital underwent extensive transformation.

AIM Testing of the theoretical environmental psychiatric rehabilitation model. This model explains the effect of environmental psychiatric rehabilitation on the activity and participation level of chronic psychiatric patients.

METHOD We utilized a panel research method, based on data obtained from three measurements spread over seven years. These measurements related patients' living environment's normalization grade; patients' activity and participation level; patients' characteristics and diagnoses.

RESULTS Environmental psychiatric rehabilitation, particularly the normalization grade of the living environment, had a direct effect on patients' activity and participation level. This result is controlled for patients' prior activity and participation levels, and for age. The research also controlled for the fact that patients characterized by a higher activity and participation level, tend to be placed in more normal living environments.

CONCLUSION The theoretical environmental psychiatric rehabilitation model is supported. Therefore the supposition that (environmental) psychiatric rehabilitation increases patients' activity and participation level is supported.

[TJ]DSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 9, 589-597]

KEYWORDS activity, general psychiatric hospital, participation, psychiatric rehabilitation



In het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) Winschoten is bij team Jeugd een vacature voor een

Kinder- en jeugdpsychiater m/v

voor circa 20 uur per week

Eindverantwoordelijkheid

U bent eindverantwoordelijk voor de medisch-psychiatrische behandeling van kinderen met ernstige psychosociale of psychiatrische problemen. U participeert in een multidisciplinair team.

Naast diagnosticeren en behandelen maakt het bieden van consultatie deel uit van uw taken.

Innovatief en creatief

U bent een gekwalificeerd kinder- en jeugdpsychiater, en in staat creatief en inspirerend bij te dragen aan de zorgvernieuwing binnen GGz Groningen. Verder rekenen we op uw deelname aan de 24-uursdienst als achterwacht-psychiater.

Wij bieden u

CGG Winschoten biedt u de mogelijkheid te werken in een ervaren professio-

neel team. Wat betreft salaris en overige arbeidsvoorwaarden bieden wij een uitstekend pakket conform de CAO-GGZ, met opname in het pensioenfonds PGGM. Er is een actief bij- en nascholingsbeleid. Een goede verhuiskostenvergoeding is van toepassing. In de provincie zijn volop mogelijkheden om ruim en rustig te wonen.

Nadere informatie en sollicitatie

Nadere informatie kunt u verkrijgen bij de heren R. Schaaphok, leidinggevende Behandelzaken, of W. Bloemers, directeur Behandelzaken, telefoon (0597) 45 62 22.

Uw schriftelijke sollicitatie kunt u binnen veertien dagen richten aan GGz Groningen, t.a.v. mevrouw M. Pronk, P&O-adviseur, Postbus 286, 9670 AG Winschoten.

GGz Groningen is een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg, ontstaan door een fusie van verschillende instellingen in de provincie Groningen. Het doel is een geïntegreerd psychiatrisch hulpaanbod te leveren met zowel een regionale als een bovenregionale functie. Dicht bij huis en afgestemd op de concrete problemen en het perspectief van de cliënt.

De organisatie bestaat uit vijf centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), met een poortfunctie naar diverse vormen van psychiatrische zorg in de regio. Daarnaast zijn er vier divisies, verdeeld over verschillende locaties: twee voor chronische psychiatrie, een voor bovenregionale zorgfuncties en een voor ouderenzorg. GGz Groningen is opleidingsinstituut voor het specialisme psychiatrie. Op het gebied van behandeling en in een netwerk voor onderwijs, onderzoek en opleiding wordt intensief samengewerkt met het AZG.

GGz Groningen ademt de sfeer van haar omgeving: helder, doortastend, nuchter. Continue innovatie stimuleert en enthousiasmeert onze medewerkers. De bijna 2300 medewerkers hebben dan ook plezier in hun werk en zijn trots op hun kwalitatief goede prestaties.