

EERHERSTEL VAN PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN IN DE SAMENLEVING

April 2008

Afstudeeropdracht van de opleiding
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening door:

Iris van der Veen
Michelle Wever

EERHERSTEL VAN PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN IN DE SAMENLEVING

Begeleiding Hogeschool Windesheim:
De heer P. Bredewold
De heer. J. Veenendaal

Opleiding:
Hogeschool Windesheim,
Maatschappelijke Werk en Dienstverlening

Datum:
April 2008

Plaats:
Zwolle

**Te leven is een gunst,
Te weten hoe is een kunst.**

Toon Hermans

VOORWOORD

Voor u ligt het essay "eerherstel van psychiatrische cliënten in de samenleving". Dit essay is ter afronding van onze studie Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan Hogeschool Windesheim te Zwolle. In de afgelopen periode hebben wij, Iris van der Veen en Michelle Wever, een literatuuronderzoek verricht naar rehabilitatie bij chronisch psychiatrische cliënten. Het essay bevat een beschrijving van psychiatrische ziektebeelden en het geeft een schets van de drie verschillende stromingen binnen de rehabilitatiemethodiek. Het essay weerspiegelt de dynamiek van het werken met psychiatrische cliënten binnen de maatschappelijke opvang.

Voor de realisatie van het essay willen wij een aantal mensen bedanken:

- Mevrouw M. Groeneveld, willen wij bedanken voor het kritisch lezen van het essay en haar taalkundige aanbevelingen.
- Mevrouw E. Luijten psycholoog GGZ, willen wij bedanken voor de medewerking aan het interview.
- Mevrouw S. Rouweler psycholoog GGZ, willen wij bedanken voor haar steun en advies bij de uitwerking van het essay.
- De heer P. Bredewold van Hogeschool Windesheim, willen wij bedanken voor de deskundige begeleiding en de ondersteuning bij het tot stand komen van het essay.
- De heer W. Veenendaal van Hogeschool Windesheim, willen wij bedanken voor zijn enthousiasme en zijn prikkelende feedback.

Dankzij de medewerking van deze mensen kijken wij met tevredenheid naar het eindresultaat.

Zwolle, april 2008

Iris van der Veen
Michelle Wever

INHOUDSOPGAVE

	Inleiding	6
11	Psychiatrische ziektebeelden	8
	1.1. Inleiding	8
	1.2. Diagnostiek	8
	1.3. Werkveldonderzoek	9
	1.4. Uitkomsten onderzoek	9
	1.5. Conclusie	10
	1.6. Stemmingsstoornissen	10
	1.7. Conversiestoornissen	13
	1.8. Verslavingproblematiek	17
	1.9. Psychotische stoornissen	20
	1.10. Disfunctionele persoonlijkheidsstoornissen	23
21	Rehabilitatie	26
	2.1. Inleiding	26
	2.2. Verschillende stromingen binnen de rehabilitatiemethodiek	26
	2.3. Individuele rehabilitatie benadering	27
	2.4. Libermanmodules	30
	2.5. Systematisch rehabilitatiegericht handelen	31
	2.6. Tot slot	33
3 I	Rehabilitatie in de praktijk	35
	3.1. Inleiding	35
	3.2. Rehabilitatie bij chronisch psychiatrische cliënten	35
	3.3. Onderzoeksuitkomsten rehabilitatie	39
	3.4. Interview psycholoog GGZ Assen	43
41	Conclusie en aanbevelingen	47
	4.1 Inleiding	47
	4.2 Conclusie	48
	4.3 Visie	50
	4.4 Aanbevelingen	51
	4.5 Slotwoord	52
	Begripsbepalingen	53
	Bronvermelding	54
	Bijlagen	56

INLEIDING

Sinds een aantal jaren zijn wij, Michelle Wever en Iris van der Veen, als maatschappelijk werker in opleiding actief in de sector maatschappelijke opvang. Michelle Wever is werkzaam in een woonvoorziening voor psychiatrische cliënten van Stichting Limor te Dedemsvaart. Iris van der Veen is werkzaam bij het Leger des Heils en begeleidt cliënten met een psychiatrische aandoening binnen een woonvoorziening te Emmen.

In de afgelopen jaren hebben wij ervaren dat het beroep van maatschappelijk werk voortdurend in beweging is omdat het sterk samenhangt met maatschappelijke ontwikkelingen in de samenleving. De aanleiding van het essay is gelegen in een belangrijke ontwikkeling die momenteel gaande is binnen de AWBZ. De regering heeft namelijk besloten dat de grondslag "psychosociaal" per 1 januari 2009 komt te vervallen (*macroniveau*). Dit heeft een grote invloed op de maatschappelijke opvang omdat de AWBZ, met name de psychosociale grondslag, een belangrijke financieringsstroom is voor de maatschappelijke opvang (*mesoniveau*). Het gevolg van het afschaffen van de psychosociale grondslag is dat de maatschappelijke opvang een sterk accent gaat leggen op cliënten met een psychiatrische aandoening om zodoende de financieringsstroom veilig te stellen. Diagnostici van cliënten neemt om deze reden een steeds belangrijkere plaats in. Dit heeft tot gevolg dat er binnen het Leger des Heils te Emmen en Stichting Limor te Dedemsvaart een doelgroepverschuiving plaats vindt van cliënten met een psychosociale grondslag naar cliënten met een psychiatrische grondslag (*microniveau*). Deze doelgroepverschuiving heeft invloed op de wijze waarop er begeleiding wordt geboden aan cliënten binnen de maatschappelijke opvang.

De vraagstelling die hieruit is afgeleid is als volgt:

*" Op welke wijze kan rehabilitatie tot stand gebracht worden bij chronisch psychiatrische cliënten binnen een maatschappelijke opvang? "*¹

Binnen de maatschappelijke opvang wordt er steeds meer hulpverlening geboden aan cliënten met een psychiatrische aandoening. De begeleiding aan deze cliënten is van langdurige aard. In de begeleiding aan chronisch psychiatrische cliënten neemt rehabilitatie een steeds belangrijkere plaats in. Momenteel wordt er in Nederland door vijftienveertig hulpverleningsinstellingen gewerkt volgens de rehabilitatiemethodiek. De rehabilitatiemethodiek sluit aan bij de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij het politieke klimaat de nadruk legt op participatie en deelname aan de samenleving. Rehabilitatie bevordert maatschappelijke deelname van cliënten en het vervullen van maatschappelijke rollen binnen de samenleving. Daarnaast sluit de visie van rehabilitatie naadloos aan bij de missie van het maatschappelijk werk, namelijk; het bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht komen als mens en als burger. De rehabilitatiemethodiek draagt bij aan het streven van maatschappelijk werkers om de participatie, autonomie en zelfredzaamheid van cliënten binnen hun sociale en maatschappelijke verbanden te bevorderen.

De doelstelling van dit essay is als volgt:

Door middel van theoretische onderlegging, het vergroten van kennis en vaardigheden voor hulpverleners in relatie tot de rehabilitatiemethodiek, voor de totstandkoming van rehabilitatie van chronisch psychiatrische cliënten binnen de maatschappelijke opvang.

¹ Operationalisering begrippen bijlage 1.

De bovenstaande doelstelling hebben we vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

- I. Welke psychiatrische ziektebeelden zijn het meest voorkomend binnen de maatschappelijke opvang?
- II. Wat kan rehabilitatie chronisch psychiatrische cliënten bieden?
- III. Op welke wijze kan rehabilitatie geïntegreerd worden binnen de begeleiding met chronisch psychiatrische cliënten?

De relevantie van de onderzoeksvragen zijn van maatschappelijke en theoretische aard. De nadruk van dit essay ligt op de maatschappelijke relevantie. Het essay kan een bijdrage leveren aan het tot stand komen van rehabilitatie van chronisch psychiatrische cliënten binnen de maatschappelijke opvang, door het vergroten van kennis en vaardigheden van hulpverleners op het gebied van rehabilitatie. Het essay heeft daarnaast ook een theoretische relevantie, omdat de kennis op het gebied van psychiatrische ziektebeelden en rehabilitatie door middel van een literatuuronderzoek wordt vergroot.

De opbouw van het essay is gebaseerd op de bovenstaande onderzoeksvragen. We beogen door middel van een werkveldonderzoek en een theoretisch literatuuronderzoek antwoord te geven op de onderzoeksvragen.

Wij hopen dat het essay in goede ontvangst wordt genomen en dat het een bijdrage levert aan de professionalisering van het maatschappelijk werk op het gebied van kennisontwikkeling van rehabilitatie bij chronisch psychiatrische cliënten.

1 I PSYCHIATRISCHE ZIEKTEBEELDEN

1.1. Inleiding

Binnen de woonvoorzieningen van het Leger des Heils en Stichting Limor, wonen cliënten met een psychiatrische aandoening. De cliënten met een psychiatrische aandoening hebben een psychiatrische diagnose; een Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder fourth Edition-Primary, nader te noemen DSM-IV. Een psychiatrische diagnose heeft als doel het verklaren en begrijpen van de toestand van de cliënt en het inzetten van een doeltreffende behandeling.

De woonvoorzieningen richten zich op een doelgroep waarbij primaire problematiek veroorzaakt wordt door een psychiatrische aandoening. De complexiteit van deze doelgroep kenmerkt zich door meervoudige problematiek. Het gevolg van deze meervoudige problematiek is dat cliënten op veel levensterreinen zijn vastgelopen. Dit zal nader toegelicht worden in het hoofdstuk rehabilitatie.

Gezien de psychiatrische aandoening en de hieruit voortvloeiende complexiteit van de cliënten, is het noodzakelijk om als hulpverlener kennis te hebben ten aanzien van de verschillende psychiatrische ziektebeelden. Psychiatrische ziektebeelden beïnvloeden cliënten in hun dagelijkse functioneren., wat betekent dat dit een specifieke benadering vereist van de hulpverlener.

Door middel van een werkveldonderzoek binnen de woonvoorzieningen is onderzocht welke ziektebeelden het meest voorkomend zijn. De uitkomsten van dit onderzoek zijn nader weergegeven. In dit hoofdstuk zal er vanuit een literatuurstudie aandacht besteed worden aan de theoretische achtergrond van de ziektebeelden.

1.2. Diagnostiek

Bij diagnostiek wordt aan de hand van de symptomen vastgesteld wat het ziektebeeld van de cliënt is. Een psychiatrische diagnose heeft als doel het verklaren en begrijpen van de toestand van de cliënt en het inzetten van een doeltreffende behandeling. De diagnose omvat een groot aantal aspecten. Het gaat om lichamelijk en psychische oorzaken van het ziektebeeld, maar ook om de sterke en zwakke kanten van de persoonlijkheid van de cliënt. Tenslotte is het van belang dat het gedrag van de cliënt een functie kan hebben bij de instandhouding van de symptomen, maar ook bij het oplossen van de problemen.

Een belangrijk onderdeel bij het DMS- IV is de codering, alle stoornissen hebben een nummer dat in de diagnose vermeld wordt. Bij een DSM- IV gaat het bij de bepaling van de diagnose om een zogenaamde multiaxiale codering, dat wil zeggen dat een DSM- IV als het ware onderverdeeld wordt in vijf gebieden. Op as I staat de hoofddiagnose die de reden is voor de hulpverlening, bijvoorbeeld depressieve stoornis eenmalige episode. Op as I komt ook te staan of het probleem licht of ernstig is. Op as II worden bijzondere eigenschappen zoals persoonlijkheidstrekken of persoonlijkheidsstoornissen omschreven. Op as III worden de eventuele lichamelijke factoren of ziekten vermeld, bijvoorbeeld diabetes. Psychosociale factoren worden op as IV geplaatst, bijvoorbeeld huwelijksproblemen. Tenslotte moet op de laatste as V vermeld worden wat het hoogste niveau is waarop de cliënt het laatste jaar heeft gefunctioneerd. Hierbij kan ook worden gemeten hoe hoog of laag het sociale niveau feitelijk was. Het getal tussen één en negentig geeft de score aan.

Het volgende schema geeft weer hoe de diagnose wordt opgebouwd:

As I	Klinische stoornissen
	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
As II	Persoonlijkheidsstoornissen
	Zwakzinnigheid
As III	Somatische aandoeningen
As IV	Psychosociale en omgevingsproblemen
As V	Algemene beoordeling van het functioneren

Bron: DSM IV Patiëntenzorg, 2 Blz. 27

1.3. Werkveldonderzoek

Er is een werkveldonderzoek verricht bij het Leger des Heils te Emmen en Stichting Limor te Dedemsvaart. Er is onderzocht welke DSM-IV diagnoses er voorkomen binnen de woonvoorzieningen. Het onderzoek is verricht onder 20 cliënten die woonachtig zijn bij Stichting Limor te Dedemsvaart en onder 18 cliënten die woonachtig zijn bij het Leger des Heils te Emmen. In de uitkomsten van het onderzoek zullen de coderingen middels het DSM-IV model worden weergegeven, hierdoor ontstaat er een breed beeld van de verschillende ziektebeelden.

1.4. Uitkomsten onderzoek

De onderzoeksuitkomsten van het Leger des Heils te Emmen zijn als volgt:

Stoornis	Uitkomst	Totaal
Stemmingsstoornis	F.33.9 Depressieve stoornis, recidiverend	2
	F.40.0 Paniekstoornis met agorafobie	1
	F.43.1 Posttraumatische stressstoornis	1
Conversiestoornis	F.45.0 Somatische stoornis	1
Verslavingsproblematiek	F. 10.2 Afhankelijkheid alcohol	4
Psychotische stoornissen	F.20.0 Schizofrenie, paranoïde type	1
	F. 33.3 Depressieve stoornis, recidiverend, ernstig met psychotische kenmerken	1
Disfunctionele persoonlijkheidsstoornissen	F. 60.8 Narcistische persoonlijkheidsstoornis	2
	F. 60.3 Bordeline persoonlijkheidsstoornis	2
Diagnose onbekend		3

De onderzoeksuitkomsten van Stichting Limor te Dedemsvaart zijn als volgt:

Stoornis	Uitkomst	Totaal
Stemmingsstoornis	F.33.9 Depressieve stoornis, recidiverend	2
	F.32.2 Eenmalige eisode, ernstig zonder psychotische kenmerken	1
	F33.3 Recidiverend, ernstig met	1

	psychotische kenmerken F.33.4 Recidiverend, volledig in remissie	1
Conversiestoornis	F.45.0 Somatische stoornis	1
Verslavingsproblematiek	F. 10.2 Afhankelijkheid alcohol	3
	F. 10.1 Misbruik alcohol	2
	F. 15.2 Afhankelijkheid amfetamine	1
	F. 12.2 Afhankelijkheid Cannabis	1
Psychotische stoornissen	F.31.5 Bipolaire I stoornis, laatste episode depressief, ernstig psychotische kenmerken	1
	F.20.0 Schizofrenie, paranoïde type	3
Disfunctionele Persoonlijkheidsstoornissen	F.60.2 Antisociale persoonlijkheidsstoornis	1
	F. 60.3 Bordeline persoonlijkheidsstoornis	1
	F. 60.8 Narcistische persoonlijkheidsstoornis	1

1.5. Conclusie

Uit het onderzoek blijkt dat er bij verschillende cliënten een meervoudige diagnose gesteld is. In het onderzoek is uitgegaan van de eerste grondslag van het psychiatrische ziektebeeld. Hiervoor is gekozen omdat de eerste grondslag geldt als de hoofdstoornis van de cliënt. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek is er een literatuurstudie verricht. Het doel hiervan is om een breed overzicht te creëren waarin de theorieën en de behandelmethoden van de verschillende ziektebeelden in kaart worden gebracht.

1.6. Stemmingsstoornissen

1.5.1 Inleiding;

Stemmingsstoornissen worden gekenmerkt door langdurige buien van somberheid en door langdurige buien van een onnatuurlijk opgewekte stemming. Langdurig betekent acht weken of langer. In de DSM-IV worden verschillende stemmingsstoornissen beschreven. Een belangrijk onderscheid hierin is unipolaire stoornissen en bipolaire stoornissen. Bij de unipolaire stoornis komen alleen depressieve episoden voor en bij de bipolaire stoornis zowel depressieve als manische episoden.

1.5.2 Unipolaire stoornis

Verdriet of somberheid is een normale emotie die vaak wordt ervaren door gezonde mensen als reactie op een ongeluk. Mensen kunnen aan een gedeprimeerde stemming lijden als ze iets vervelends hebben meegemaakt. Wanneer deze gedeprimeerde stemming langer dan twee maanden aanhoudt, is er een verdenking van een depressie. Bij een depressieve stoornis gaat het om een sterke verandering van de stemming, waarbij de persoon zich zeer somber voelt.

Depressieve mensen zijn niet meer in staat om hun deprimerende gedachte van zich af te zetten; zij hebben vaak moeite om uit hun bed te komen of blijven somber voor zich uit staren. Mensen met een depressie vinden het erg moeilijk om tot actie over te gaan. De persoon voelt zich vaak volkomen waardeloos en maakt zich overal zorgen over.

Het is zeer kenmerkend dat alle interesses weg zijn, de persoon hoeft niet meer de krant te lezen of televisie te kijken. Bij een ernstige depressie valt daarnaast de slechte uiterlijke verzorging op. De persoon kijkt en kleedt zich somber. Soms wordt oogcontact vermeden.

Algemene symptomen van een depressieve stoornis

- A. De cliënt is een langere tijd depressief gestemd, dit blijkt uit zijn gevoelsuitingen en gedrag.
- B. De cliënt heeft geen interesses in activiteiten waar hij eerder wel genoeg in had.
- C. De cliënt wordt mager door gebrek aan eetlust. Het is ook mogelijk dat het gewicht juist toeneemt door onmatig veel eten.
- D. De cliënt heeft voortdurend last van ernstige slapeloosheid en kan de slaap niet vatten. Soms geldt juist het tegenovergestelde; hij slaapt erg veel.
- E. De depressieve cliënt is voortdurend angstig, geagiteerd en gejaagd, of hij is juist zeer geremd en is erg passief.
- F. De cliënt voelt zich lusteloos, alle energie en vitaliteit is weg.
- G. De cliënt heeft onterechte schuldgevoelens.
- H. De cliënt heeft een verminderd vermogen tot nadenken of concentratie.
- I. De cliënt heeft terugkerende gedachten aan de dood en overweegt ook suïcide, zonder dat hij daarvoor duidelijk plannen of ideeën heeft.

Een belangrijk aandachtspunt bij de symptomen van een depressieve episode is suïcide. Het suïciderisico bij mensen met een stemmingsstoornis is hoog: 15% overlijdt door suïcide. Bij de begeleiding en behandeling van mensen met een depressie moet dus veel aandacht besteed worden aan de beoordeling van (mogelijke) suïdidaliteit. De hulpverlener moet hierbij altijd naar suïcidedgedachten en- plannen vragen. Het is belangrijk dat de suïcidale uitingen van de cliënt serieus worden genomen. Een goede behandeling hierbij is van levensbelang.

Een depressieve stoornis is een ziekte die wereldwijd veel voor komt. Wereldwijd hebben circa driehonderd miljoen mensen een depressieve stoornis. In Nederland lijden momenteel tussen de 700.000. en de 800.000 mensen aan een depressieve stoornis. Er zijn zelfs voorspellingen die uitwijzen dat er rond het jaar 2020 een depressieve stoornis volksziekte nummer 1 is. Om deze gevolgen te beperken wordt er in Nederland meer aandacht besteed aan het fenomeen depressie. Door te leren om op een accurate wijze om te gaan met een depressie, kunnen de gevolgen beperkt worden. Depressieve mensen en mantelzorgers kunnen een actieve rol hebben in het genezingsproces. Hiervoor worden er landelijke bijeenkomsten georganiseerd door het "fonds psychische gezondheid".

Bronvermelding: deelname door Iris van der Veen en Michelle Wever aan bijeenkomst depressie van "fonds psychische gezondheid", 5 maart 2008 te Emmen.

1.5.3 Bipolaire stoornis

Een manisch-depressieve stoornis (bipolaire stoornis) wordt ook gerekend tot de stemmingsstoornissen. Manische episodes worden gekenmerkt door opwindend, druk en ontremd gedrag. Cliënten hebben vaak een euforische stemming. Prikkelbaarheid en boosheid kunnen echter ook op de voorgrond staan.

De energie is vaak toegenomen en cliënten kunnen een verstoord slaappatroon hebben. Dit kan leiden tot uitputting. Door het toegenomen activiteitenpatroon, bijvoorbeeld op sociaal, seksueel en werkgebied, ontstaan er vaak problemen, bijvoorbeeld in de sociale contacten of het uitgavenpatroon.

Manische episodes kunnen na een depressieve episode ontstaan. Manische fasen komen meestal afwisselend voor met periodes van depressie. Bij deze bipolaire of manisch-depressieve stoornis duren de manische en depressieve fasen vaak een paar maanden. Hoe vaker de bipolaire stoornis terugkeert, hoe korter deze tussenliggende periodes. Bipolaire stoornissen komen relatief weinig voor, ongeveer 0,5 % van de bevolking lijdt hieraan. Een bipolaire stoornis treedt meestal op na het twintigste levensjaar. Mannen en vrouwen hebben een even grote kans op een bipolaire stoornis.

Algemene symptomen van een bipolaire stoornis

- A. Grootheidsideeën, de cliënt heeft het gevoel dat hij alles kan. In zijn zelfoverschatting onderneemt hij dingen die onverantwoord zijn.
- B. De cliënt heeft een verminderde behoefte aan slaap en is constant actief.
- C. Spraakzaamheid, de cliënt heeft een dringende behoefte om ononderbroken aan het woord te zijn.
- D. Verhoogde afleidbaarheid, elk onbetekenend geluid trekt aandacht en lokt een reactie uit.
- E. De cliënt is abnormaal druk en opgewonden. Zijn stemming is opgewekt; zijn gedrag is uitbundig.
- F. Het denken van de cliënt is versneld en de gedachtevlucht kan niet meer stop gezet worden.
- G. Het probleem van de opgewekte stemming en de dadendrang is zo ernstig dat de cliënt overal moeilijkheden veroorzaakt.

De stemmingsstoornis veroorzaakt duidelijke beperkingen in werk, normale sociale activiteiten en in sociale contacten. Een manische episode kan met psychotische kenmerken gepaard gaan. In dit geval wordt het toestandsbeeld door wanen en hallucinaties gecompliceerd. Het gaat vaak om waanideeën die typisch bij de manische zelfoverschatting passen. Iemand verkeert bijvoorbeeld in een waan dat hij de koning is en dat hij veel macht heeft. De cliënt kan ook 'stemmen' horen die hem opdragen dingen te doen. Meestal moeten manische cliënten opgenomen worden in een psychiatrische kliniek omdat het gedrag niet te handhaven is. Tijdens een manische episode moeten cliënten meestal met een hoge dosis antipsychotica behandeld worden.

1.5.4 Oorzaken van stemmingsstoornissen

Bij stemmingsstoornissen wordt een zekere mate van erfelijkheid verondersteld. Iemand kan een stemmingsstoornis krijgen wanneer hij hier een biologische aanleg voor heeft. Daarnaast spelen allerlei psychosociale factoren een rol. Relatie- en gezinsproblemen kunnen een belangrijke betekenis hebben bij het ontstaan van een stemmingsstoornis. Depressieve mensen hebben vaak meer 'life events' meegemaakt dan anderen. Volgens *psychodynamische theorieën*² kunnen zij de emoties die deze ervaringen teweeg brengen moeilijk uiten of richten zij die juist op zichzelf.

Veel mensen worden ondanks ernstige gebeurtenissen in hun leven niet depressief, terwijl anderen depressief worden zonder dergelijke gebeurtenissen. Volgens de *cognitieve theorie* van Aaron Beek (1921) worden depressieve gevoelens vooral veroorzaakt door onredelijk, onlogisch en negatief denken. Dit soort denkpatronen ontstaat vaak op grond van eerdere levenservaringen. Doordat de persoon geleerd heeft een gebeurtenis steeds negatief te interpreteren, ontstaan sombere gedachtes en gevoelens. Biologische, psychologische en sociale factoren spelen allemaal vermoedelijk een rol bij het ontstaan van stemmingsstoornissen. Daarbij is het niet duidelijk welke factoren voorbeschikkend zijn en welke een depressie uitlokken of juist in stand houden. De prognose van recidiverende stemmingsstoornissen is niet positief. De depressieve episodes kunnen goed behandeld worden, maar het is vaak niet te voorkomen dat deze v/eer terugkomen.

1.5.5 Behandeling van stemmingsstoornissen

Stemmingsstoornissen worden vaak in eerste instantie met medicijnen behandeld. Depressies worden met antidepressiva behandeld, deze medicatie kunnen op een effectieve manier de stemming beïnvloeden. Manische mensen worden primair met antipsychotica behandeld. Daarnaast kunnen er bij stemmingsstoornissen kalmerende en slaapmiddelen voorgeschreven worden om de angst en slapeloosheid tegen te gaan. Angstige mensen hebben voornamelijk behoefte aan empathische en steunende begeleiding waarbij ze het gevoel hebben dat ze serieus worden genomen.

Medicatie is niet de enige behandeling bij stemmingsstoornissen. Voor alle stemmingsstoornissen geldt namelijk dat mensen die eraan lijden ook psychotherapeutisch behandeld moeten worden. In eerste instantie zal de therapie voornamelijk uit steunen en begeleiden ontstaan, later kan er ook gewerkt worden aan de verwerking van de problemen die de aanleiding waren van de depressie of de manische episode. Het is daarnaast belangrijk dat cliënten leren wat de ziekte betekent en op welke manier ze hier mee om kunnen gaan. Cliënten kunnen leren het verloop van het ziektebeeld te beïnvloeden. Hier is psycho-educatie erg belangrijk. De familie van de cliënten dienen ook te leren om op de juiste wijze met de problemen om te gaan.

Voor de begeleiding van manische cliënten is het belangrijk dat zij niet voortdurend opgejut of opgejaagd worden. Discussiëren en de cliënt op zijn verantwoordelijkheden wijzen is meestal zinloos en lokt een ongewenste reactie uit. Het is erg belangrijk dat er in de begeleiding grenzen gesteld worden. Er moet echter wel voldoende ruimte zijn - binnen bepaalde grenzen- voor de cliënt om stoom af te blazen. Te veel regels kan leiden tot boosheid en een zinloze machtsstrijd.

1.7. **Conversiestoornissen**

1.7.1 Inleiding

Bij somatoforme stoornissen is er sprake van aanhoudende lichamelijke klachten of van zorgen over lichamelijke klachten. Deze klachten kunnen niet verklaard worden door een lichamelijke dan wel een psychiatrische aandoening. Onbegrepen lichamelijke klachten is een veel voorkomend probleem. Ongeveer 80% van de bevolking heeft wekelijks één onbegrepen somatische klacht. Deze somatische klachten zijn niet problematisch.

In veel gevallen verdwijnen ze spontaan en wordt er weinig hinder ondervonden van de klacht. Er is dan geen sprake van een psychiatrische aandoening.

In een kleiner aantal gevallen is de onbegrepen somatische klacht wel problematisch. Dit wordt problematisch op het moment dat de klacht een lange(re) periode aanhoudt en men hiervoor naar de huisarts gaat. Een bezoek aan de huisarts werkt veelal geruststellend en zodoende verdwijnt de onbegrepen somatische aandoening uiteindelijk vanzelf. Soms is een bezoek aan de huisarts onvoldoende. Men voelt zich niet gerustgesteld, blijft zich zorgen maken over de onbegrepen somatische aandoening en gaan activiteiten vermijden. Wanneer iemands leven negatief beïnvloed wordt door deze symptomen kan er sprake zijn van een somatoforme stoornis. Met somatoform wordt aangegeven dat het psychische probleem een somatische vorm heeft aangenomen.

1.7.2 Somatisatiestoornis

Bij een somatisatiestoornis ontstaan de lichamelijke klachten voor het dertigste levensjaar. In veel gevallen vinden de lichamelijke klachten hun oorsprong al in de jeugdijaren. De somatisatiestoornis wordt gekenmerkt door pijnklachten. Deze pijnklachten zijn niet gerelateerd aan één plaats in het lichaam. Pijnklachten kunnen bijvoorbeeld optreden in de rug, buik, gewrichten of borst. Gedurende het ziekteverloop zullen er steeds opnieuw lichamelijke pijnklachten hun intrede doen zonder dat daarbij een medische oorzaak te geven is. Naast de pijnklachten kampt de cliënt met andere lichamelijke klachten, zoals misselijkheid en intolerantie voor bepaalde voedingsmiddelen. Ook zijn er klachten die doen denken aan een neurologische aandoening zoals stoornissen in de coördinatie of het evenwicht. Bij een somatisatiestoornis zijn cliënten in de meeste gevallen constant onder medische behandeling. Deze medische behandeling wijst in veel gevallen uit dat de cliënt lichamelijk niets mankeert.

Praktijkvoorbeeld

J. is een mannelijke cliënt; van 51 jaar. J. is gediagnosticeerd met een somatisatiestoornis, een lichte verstandelijke beperking en kenmerken van schizofrenie/ psychotische stoornis worden niet uitgesloten. J. zijn leven wordt gekenmerkt door zijn lichamelijke problematiek. Al in zijn vroege jeugdijaren deden lichamelijke klachten zijn intrede. J. had last van hoofdpijnen. In de loop van J. zijn leven is de lijst met lichamelijke klachten steeds langer geworden; Hoofdpijnen, duizeligheid, kortademigheid, pijn op de borst, dubbel zien, wazig zien en maagzuur van voedingsmiddelen is slechts een korte opsomming van de klachten.

Rond zijn 28^{ste} levensjaar is J. afgekeurd voor het verrichten van betaalde arbeid. In de loop van de jaren heeft J. een hele medische molen doorlopen; bloedonderzoeken, scans, echo's tot maandenlange ziekenhuisopnames aan toe. Geen dokter heeft kunnen ontdekken wat er met hem aan de hand is.

Het leven van J. draait om zijn lichamelijke problematiek. J. komt nauwelijks buitenshuis, tien minuten naar de winkel lopen is lastig, hij voelt zich dan duizelig en kortademig. Het uitvoeren van huishoudelijke taken lukt moeizaam, J. voelt zich belemmerd door andere lichamelijke klachten. Wanneer er een gesprek met hem wordt gevoerd, heeft hij slechts aandacht voor één onderwerp; zijn lichamelijk welbevinden. Daarnaast ontstaan er in het leven van J. steeds opnieuw (andere) lichamelijke klachten, waardoor J. opnieuw naar de huisarts / het ziekenhuis gaat.

Dit voorbeeld illustreert een cliënt waarbij sprake is van een somatisatiestoornis.

Behandeling

Bij een cliënt met een somatisatiestoornis is het aan te raden om te werken met een casemanager, die de zorg voor de cliënt heeft en coördineert. Het is van belang dat de casemanager samen met de cliënt afspraken maakt over het bezoek aan artsen en ziekenhuis.

Daarnaast is het van belang dat de casemanager contact heeft met betrokken partijen zoals artsen om de begeleiding wij ze op elkaar af te stemmen. Deze methode is effectief in het terugdringen van het veelvuldige artsen- en ziekenhuisbezoek van de cliënt, maar het zal de cliënt geen verlichting brengen in zijn situatie. Voor cliënten met een somatoforme stoornis kan cognitieve gedragtherapie verbetering brengen in hun situatie.

Diagnose criteria somatisatiestoornis

- A. Een voorgeschiedenis met acht of meer lichamelijke klachten (die alle ernstig genoeg zijn om geleid te hebben tot het zoeken van behandeling of belangrijke beperkingen in het dagelijks functioneren), die een aantal jaren bestaan en zijn begonnen voor het dertigste levensjaar.
- B. De symptomen kunnen niet volledig toegeschreven worden aan een somatische aandoening. De daaruit voortvloeiende klacht of beperking is veel ernstiger dan verwacht zou worden op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen.

Bron: DSM IV Patiëntenzorg, 4.3 Blz. 99

1.7.3 Conversiestoornis

De conversiestoornis is nauw verwant met de somatisatiestoornis.

Conversie betekent omzetting. Psychische problemen worden in lichamelijke klachten en verschijnselen omgezet. Dit is een proces wat plotseling gebeurt, iemand kan bijvoorbeeld opeens zijn arm niet meer bewegen. Aan deze plotselinge gebeurtenis is altijd iets vooraf gegaan, bijvoorbeeld een schokkende gebeurtenis.

Bij een conversie is er sprake van een stoornis in spieren en zintuiglijke functie, zoals spierverslaving of spierspasmen. Ook kunnen er sensorische verschijnselen optreden, zoals doofheid. In de eerste termijn duiden de symptomen op een lichamelijke aandoening, maar onderzoek zal uitwijzen dat er voor de storing geen aanwijsbare lichamelijke oorzaak is.

De invloed die de conversiestoornis heeft op iemands leven kan groot zijn; een persoon met verlamingsverschijnselen belandt bijvoorbeeld in een rolstoel.

Behandeling

Een conversiestoornis eindigt in sommige gevallen net zo plotseling als dat zij begonnen is, binnen twee jaar na aanvang van de lichamelijke klacht. Dit gebeurt echter niet als cliënten een lange geschiedenis hebben met conversieverschijnselen.

Bij aanhoudende klachten kan er als behandeling gekozen worden voor hypnose. Tijdens de hypnose herbeleeft men de traumatische gebeurtenis met als gevolg dat de lichamelijke klachten verdwijnen. Verder is het van belang dat een cliënt met een conversiestoornis positief bekrachtigd wordt, wanneer een cliënt een stapje in de goede richting doet m.b.t. zijn lichamelijke herstel.

Diagnose criteria conversiestoornis

- A. Een of meer symptomen die de willekeurige motorische of sensorische functies treffen, die niet meer volledig toegeschreven kunnen worden aan een bekende somatische aandoening.

- B. Er is sprake van een verband in de tijd tussen psychische factoren en het begin of de verergering van de symptomen (bijvoorbeeld, het begin of de verergering van het symptoom of uitvalsverschijnsel wordt voorafgegaan door conflicten of andere stressveroorzakende factoren).
- C. Het symptoom of uitvalsverschijnsel wordt niet opzettelijk veroorzaakt.
- D. Het symptoom of uitvalsverschijnsel kan niet beter beschreven worden als het directe effect van een middel of als een cultureel aanvaarde vorm van gedrag of ervaring.
- E. Het symptoom of uitvalsverschijnsel veroorzaakt klinisch belangrijk lijden of beperkingen in het functioneren op sociale, beroepsmatige of andere belangrijke terreinen.
- F. Het symptoom is niet beperkt tot pijn of seksuele disfunctie, komt niet uitsluitend voor bij een somatisatiestoornis en is niet beter toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

Bron: DSM IV Patiëntenzorg 4.3 Blz. 94

1.7.4 Hypochondrie

Hypochondrie is een fobie voor ziek zijn. Cliënten die aan hypochondrie lijden zijn angstig voor een ernstige ziekte of zijn ervan overtuigd dat zij een ernstige ziekte hebben. Hypochonders zijn gefixeerd en geobsedeerd door hun lichamelijke functioneren. Bij het kleinste lichamelijke pijntje is de cliënt bang voor een ernstige aandoening zoals kanker. De bezorgdheid over de vermeende ziekte neemt de cliënt dusdanig in beslag dat het dagelijks functioneren ernstig belemmerd kan worden. Hypochondrie kan zich op alle leeftijden manifesteren, maar begint meestal in de jeugdijaren.

Behandeling

In de behandeling van een hypochonder is het van belang dat het gevoel van ziek zijn niet bekrachtigd wordt door bijvoorbeeld een ziekenhuisopname. Wanneer deze opname noodzakelijk lijkt, is het van belang dat de opnameduur zo kort mogelijk is. Een lastig punt in de behandeling van een hypochonder is dat zij niet erkennen dat zij een psychisch probleem hebben, maar geloven dat zij een ernstige lichamelijke ziekte onder de leden hebben. Aangezien hypochondrie gebaseerd is op angst; angst voor een ernstige ziekte, kan een gedragtherapie gebruik maken van exposure in vivo. De cliënt gaat de confrontatie aan met de door hem gevreesde situatie.

Diagnose criteria voor de conversiestoornis

- A. Preoccupatie met de vrees of opvatting een ernstige ziekte te hebben, ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling.
- B. De preoccupatie heeft niet de intensiteit van een waan en oorzaak klinisch belangrijk lijden of beperkingen in het functioneren op sociale, beroepsmatige of andere terreinen.
- C. De duur van de stoornis is tenminste zes maanden.
- D. De stoornis treedt niet uitsluitend op tijdens het beloop van een andere psychische stoornis.

Bron: DSM IV Patiëntenzorg 4.3. Blz. 96

1.7.5 Overzicht somatoforme stoornissen

	<i>Klachten of kenmerken</i>	<i>Klachten geveinsd of opzettelijk veroorzaakt</i>	<i>Voorkomen (vooral)</i>	<i>Kansen op herstel</i>
Somatisatiestoornis	Allerlei klachten	Nee	Jonge vrouwen	Redelijk
Conversiestoornis	Klachten over spieren of zintuigen	Nee	Jonge vrouwen	Redelijk tot goed
Hypochondrie	Angst voor of overtuigd zijn van ernstige ziekte	Nee	Geen sekseverschil	Redelijk

Bron: Psychiatrie, 12.1, blz. 160

1.8. Verslavingproblematiek

1.8.1 Inleiding

Bij verslaving gaat het om gedrag dat niet of nauwelijks door de betrokkene op redelijke wijze onder controle gehouden kan worden. De "zucht" of het "verlangen" is zo dwingend geworden dat men niet meer bij machte is om weerstand te bieden.

Reedijk, J.S. (2005) *Psychiatrie* (achtste druk) Maarssen: Elsevier gezondheidszorg blz. 300

Het gebruik van alcohol of andere middelen komt veel voor en een belangrijk deel van de samenleving maakt recreatief gebruik van alcohol en nicotine. In veel culturen wordt het gebruik van een middel als normaal beschouwd.

Het gebruik van middelen begint vaak in de adolescentie maar problematisch gebruik kan op iedere leeftijd voorkomen. Alcoholafhankelijkheid en misbruik van stimulerende middelen behoren tot de meest voorkomende psychische stoornissen. Verslaving aan een middel komt het meest voor bij jongvolwassenen. Daarnaast is er sprake van een verhoogd risico op verslaving bij de aanwezigheid van andere psychiatrische stoornissen en een lage sociaal-economische status.

1.8.2 Kernmerken van verslaving

Middelen die leiden tot verandering in psychische functies, zoals bewustzijn, waarneming, denken en stemming, worden psychoactieve stoffen genoemd. Met psychoactieve stoffen worden de middelen bedoeld die lust kunnen opwekken of lust kunnen verdrijven waardoor mensen een korte periode een aangenaam gevoel krijgen.

Sommige stoffen zoals benzodiazepinen, alcohol en heroïne leiden tot een min of meer verlaagd bewust zijn en kunnen een verdovend effect hebben. Stimulerende middelen zoals amfetaminen, nicotine en cocaïne hebben juist een verhoogd bewust zijn tot gevolg. Op basis van deze uiteenlopende werkingen wordt er een onderscheid gemaakt in stoffen met een stimulerende, verdovende en bewustzijnsveranderende werking:

Stimulerende middelen	Verdovende middelen	Hallucineerde /bewustzijnsveranderende middelen.
Cocaïne	Opiaten	Cannabis/ Marihuana/ Hash
Amfetaminen	Heroïne	Paddo's

Speed	GHB	LSD
Kath	Alcohol (bier, wijn, gedestilleerd, spiritus)	
Lachgas	XTC (70% stimuleren, 30% hallucinerend)	
Doping	Methadon	
Tabak (nicotine)	Medicatie	
Cafeïne		

Wanneer er bij gebruik van psychoactieve stoffen lichamelijke of psychologische effecten zichtbaar zijn, is men "onder invloed". Van misbruik van middelen is sprake als het dagelijkse functioneren bijvoorbeeld op het werk of thuis, sterk negatief beïnvloed wordt. Misbruik van middelen kan uitmonden in een verslaving oftewel afhankelijkheid.

Mensen die afhankelijk zijn van middelen ervaren een enorme drang tot het gebruik hiervan. Uiteindelijk kan dit tot gevolg hebben dat het hele bestaan draait om het verkrijgen en het gebruik van het middel. Dit mondt uit in controle verlies waardoor men niet meer kan stoppen met gebruik van het desbetreffende middel.

Bij de diagnose afhankelijkheid van een middel gaat het in principe om een combinatie van lichamelijke afhankelijkheid, psychische afhankelijkheid en/of sociale gevolgen van het gebruik. Het DSM- IV maakt daarom onderscheid in de diagnose criteria voor afhankelijkheid van een middel en het misbruik van een middel.

Diagnose criteria voor afhankelijkheid van een middel

Problematisch gebruik van een middel met klinische belangrijke gevolgen blijkend uit drie (of meer) van de volgende verschijnselen die zich op enig moment gedurende dezelfde twaalf maanden voordoen.

- A. Tolerantie, gedefinieerd door ofwel (a) de behoefte aan steeds meer van het middel om intoxicatie of het gewenste effect te bereiken, of (b) een duidelijk verminderd effect bij het continueren van dezelfde hoeveelheid.
- B. Onthouding, zoals blijkt uit ofwel (a) het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom of (b) doordat dezelfde (of nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verminderen of te vermijden.
- C. Gebruik in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd dan bedoelt.
- D. Wens of poging zonder succes het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.
- E. Een groot deel van de tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan het middel te komen (bijvoorbeeld verschillende artsen bezoeken of grote afstand afleggen), aan het gebruik van het middel (bijvoorbeeld kettingroken), of aan het bijkomen van de gevolgen ervan.
- F. Belangrijke activiteiten worden gestopt of verminderd door het gebruik van het middel.
- G. Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks dat de wetenschap aantoont dat er een hardnekkig of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel.

Diagnose criteria voor misbruik van een middel

Problematisch gebruik van een middel met duidelijke klinische beperkingen of lijden, met gedurende twaalf maanden een of meer van de volgende.

- A. Herhaald gebruik van een middel waardoor het niet meer lukt in belangrijke mate te voldoen aan verplichten op het werk, school of thuis.
- B. Herhaald gebruik van een middel in situaties waarin dat fysiek gevaarlijk is.
- C. Herhaal in aanraking komen met justitie in verband met een middel.
- D. Voortdurend gebruik van een middel ondanks aanhoudend of terugkerende problemen op sociaal of relationeel terrein, veroorzaakt of verergerd door een middel.
- E. De verschijnselen voldeden nooit aan de criteria voor afhankelijkheid van een middel uit deze groep middelen.

Bron: DSM IV Patiëntenzorg, 4.5 Blz. 127

Er worden twee vormen van afhankelijkheid onderscheiden, namelijk lichamelijke en psychische afhankelijkheid. Bij lichamelijke afhankelijkheid komen tolerantie en onthoudingsverschijnselen voor. Tolerantie of gewenning verwijst naar de aanpassing van het lichaam aan herhaald gebruik van een bepaalde stof. Daardoor moet steeds meer worden gebruikt om het gewenste effect te bereiken. Onthoudingsverschijnselen zijn de tijdelijke onaangename lichamelijke en psychische gevolgen wanneer het gebruik van een bepaalde stof gestopt wordt. Pas naar verloop van tijd verdwijnen deze verschijnselen.

Psychische afhankelijkheid uit zich in een sterk verlangen naar de afhankelijk makende stof. Wanneer er sprake is van psychische afhankelijkheid draait iemands leven om het verkrijgen hiervan. Bij een aantal middelen is er sprake van dubbele afhankelijkheid, namelijk lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. De afhankelijkheid van de middelen is als volgt:

Lichamelijk afhankelijk makende drugs	Geestelijk afhankelijk makende drugs
Alcohol *	Alcohol *
Slaap- en kalmeringsmiddelen *	Slaap- en kalmeringsmiddelen *
Nicotine *	Cocaïne
Heroïne (opiaten) *	Nicotine *
	Heroïne (opiaten) *
	Paddo's
	Speed

* Bij deze drugs is er sprake van dubbele afhankelijkheid

1.8.3 Oorzaken van verslaving:

Bij een alcoholverslaving spelen biologische, psychologische en sociale factoren een rol. Er zijn studies die uitwijzen dat erfelijkheid een rol speelt bij een ontstaan van een alcoholverslaving. Volgens andere opvattingen ligt de oorzaak van de alcoholverslaving in de jeugdijaren. Anderen menen dat alcoholverslaving alleen voorkomt bij een bepaald persoonlijkheidstype, een type dat vatbaar zou zijn voor een verslaving. Bij het ontstaan van een alcoholverslaving spelen sociale factoren ook een rol, mensen laten hun alcoholgebruik bepalen door het drankpatroon in hun directe sociale omgeving.

Alcoholverslaving wordt dikwijls in stand gehouden of verergerd doordat men steeds meer alcohol nodig heeft om het gewenste effect te bereiken. Daarnaast bestrijden alcoholisten de onthoudingsverschijnselen met een nieuwe hoeveelheid alcohol.

De verklaringen voor een drugsverslaving komen sterk overeen met die van een alcoholverslaving. Ook bij een drugsverslaving gaat het om een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. Het verschil is dat alcohol een legaal middel en gemakkelijk verkrijgbaar is, terwijl drugs duur en moeilijk verkrijgbaar is. Daarnaast komt een drugsverslaving sneller voor in een bepaalde subcultuur waarbij er vaak sprake is van criminaliteit. Dit verkleint de kans om van de verslaving af te komen.

1.8.4 Behandeling

Voor veel verslaafden duurt het erg lang voordat zij zelf erkennen dat hun middelengebruik problematisch is. Wanneer zij eenmaal erkennen dat ze een probleem hebben, wil het nog niet zeggen dat een behandeling succesvol zal zijn. Verslaafden erkennen hun probleem vaak onder sociale druk. Deze sociale druk is vaak de reden voor een verslaafde om te starten met een behandeling. Wanneer de motivatie voor behandeling niet vanuit de verslaafde zelf komt, zal de behandeling zonder resultaat zijn.

Bij de behandeling van verslaafden is het vrijwel altijd nodig om medicamenteuze en psychotherapeutische interventies in te zetten. Daarnaast is het belangrijk om rekening te houden met de sociale omstandigheden van de verslaafde om zo nodig ook op dit vlak interventies te plegen. Bij de psychotherapie gaat het in het algemeen om strategieën die geschikt zijn voor de behandeling van verslaafden aan allerlei soorten middelen. Voorbeelden van psychotherapeutische interventies zijn huisvesting, schuldsanering en reclassering. De meeste medicamenteuze interventies zijn afhankelijk van het middel waaraan iemand verslaafd is.

1.9. **Psychotische stoornissen**

1.9.1 Inleiding

Als iemand psychotisch is, is hij niet meer bij machte zichzelf in de hand te houden. Zijn gedrag staat onder invloed van vreemde belevingen die niet meer met de werkelijkheid rijmen. Wat iemand overkomt is vaak zeer angstaanjagend.

Reedijk, J.S. (2005) *Psychiatrie* (achtste druk) Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Psychotische stoornissen worden gekenmerkt door één of meer van de volgende verschijnselen: wanen, hallucinaties en/of desorganisatie van het gedrag. Er is bij een psychose sprake van angst, paniek en controleverlies waarbij ook waanideeën optreden. Bij een psychose is het realiteitsbesef verstoord en de eenheid van denken, voelen, willen en handelen verloren gegaan.

Mensen kunnen door alle mogelijke oorzaken psychotisch worden. Binnen de DSM-IV is een onderverdeling gemaakt in diagnostische klassen. De algemene (kortdurende) psychotische stoornis en de psychotische stoornis 'schizofrenie' zullen nader omschreven worden.

1.9.2 Psychotische stoornis

Mensen die psychotisch zijn, komen angstig en verbijsterd over. Ze zijn rusteloos en gedragen zich afwerend. Psychotische cliënten weren vaak het contact af omdat de wereld als bedreigend op hen overkomt. Het contact met de werkelijkheid is vaak verstoord. Het is voor de cliënt moeilijk te onderscheiden wat werkelijk bestaat en wat geen werkelijkheid is. Psychotische cliënten zijn geneigd veel situaties op zichzelf te betrekken; vaak zijn ze heel achterdochtig. Een cliënt betreft bijvoorbeeld situaties die hij gezien heeft op de televisie op zichzelf. Deze betrekkingen kunnen tot waanideeën uitgroeien. Ook kunnen cliënten bijvoorbeeld achtervolgingswanen hebben. In een psychose hallucineren cliënten. Zij horen stemmen die schelden of opdrachten geven, soms zijn er twee stemmen die met elkaar spreken en commentaar geven op handelingen van de cliënt. Psychotische mensen horen hun gedachten soms hardop uitspreken. De 'stemmen' zeggen precies wat de cliënt op *dat* moment denkt.

Daarnaast kunnen mensen met een psychose visuele hallucinaties hebben en hierdoor dingen in hun kamer zien, zoals angstaanjagende gedaantes of bloedsporen. Cliënten met een psychose kunnen hierdoor zeer angstig zijn en vanuit deze angst impulsieve daden plegen, agressief worden of wegvluchten.

Praktijk voorbeeld:

M. is een chronisch schizofrene cliënt van 54 jaar oud. M. woont langdurig binnen een maatschappelijke opvang. M. heeft afwisselende periodes van psychoses. Tijdens deze periodes hoort M. twee stemmen die hem beïnvloeden en hem opdragen dingen te doen. De ene stem draagt M. bijvoorbeeld op om zijn medicatie in te nemen, de andere stem verbiedt hem om de medicatie in te nemen. M. geeft aan dat de stemmen ontzettende ruzie met elkaar kunnen maken, maar ook heel gezellig kunnen zijn. M. ervaart al jaren lang dezelfde stemmen. M. is zo gewend aan deze stemmen, dat hij ze zelfs een naam heeft gegeven: Marietje en Klaas.

1.9.3 Schizofrenie

Schizofrenie is een van de belangrijkste psychiatrische aandoeningen. Schizofrenie is een ernstige geestesziekte die een wisselend verloop heeft en gekenmerkt wordt door psychotische episodes. Meestal ontwikkelen de verschijnselen van schizofrenie zich geleidelijk. Cliënten trekken zich in toenemende mate terug en verwaarlozen zichzelf en contacten met anderen.

De cliënt krijgt waanideeën en gaat ook 'stemmen' horen. In 25% van de gevallen gaat de psychose over, maar deze kan terug komen en meestal gebeurt dit ook. Eveneens 25% blijft psychotisch en houdt dus last van waanideeën en 'stemmen'. De meeste cliënten vertonen na hun eerste of tweede psychose 'restverschijnselen'. Er is sprake van een gebrek aan initiatief, verminderde interesses en de cliënt vindt het moeilijk om actie te ondernemen. Op gevoelsmatig gebied uit de cliënt nauwelijks gevoelens.

De ziekte schizofrenie kan als een acute psychose beginnen, maar bij veel cliënten is er juist een sluipend begin, waarbij het lange tijd niet duidelijk is wat er nu precies aan de hand is. Voordat de verschijnselen van de aandoening ontstaan, ontwikkelen veel cliënten zich normaal. Schizofrenie komt bij ongeveer 1 % van de bevolking voor en er is geen sprake van verschil in sekse. De stoornis kan op iedere leeftijd beginnen, maar zelden voor de pubertijd of na de middelbare leeftijd. Bij de meeste mannen treedt de stoornis op tussen de 15 en 25 jaar, bij de vrouwen meestal tussen de 25 en 35 jaar.

1.9.4 Kenmerken van psychotische stoornissen

Algemene symptomen van psychotische stoornissen

- A. De cliënt heeft wanen en hoort 'stemmen'; spreekt incoherent, associeert zaken die niets met elkaar te maken hebben en heeft soms volstrekt onlogische en onverklaarbare gedachten.
- B. De cliënt heeft vaak paranoïde waandenkbeelden zoals een grootheidswaan of een achtervolgingswaan.
- C. De cliënt vertoont ernstig chaotisch, bizar en kattatoon gedrag.
- D. Er zijn negatieve symptomen als vlakke en vaak onbegrijpelijke gevoelsuitingen.
- E. De cliënt kan ruimere tijd niet meer werken of studeren, hij is onverzorgd.

De verschijnselen moeten minimaal zes maanden achtereen aanwezig zijn en daarbij moet men ook gedurende een maand typische verschijnselen van een psychose hebben vertoond. Daarnaast ligt het functioneren van de cliënt duidelijk onder het niveau dan voor het begin van de stoornis.

1.9.5 Oorzaken van psychotische stoornissen

De ontwikkeling van psychotische stoornissen is te wijten aan een samenspel van biologische, psychosociale en sociale factoren. Cliënten hebben een genetische bepaalde kwetsbaarheid die tot uiting kan komen onder psychologische factoren. Erfelijkheid speelt een grote rol bij het ontstaan van schizofrenie. Naaste familieleden van een schizofrenie cliënten hebben vijf- tot vijftienmaal hogere kans om schizofrenie te ontwikkelen. Men vermoedt dat schizofrenie het gevolg is van een neurobiologische ontwikkelingsstoornis in de hersenen. Er zijn daarnaast aanwijzingen dat psychosociale factoren invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van schizofrenie. Er is een hoger aantal schizofrene cliënten in lagere sociale klassen.

1.9.6 Behandeling psychotische stoornissen

De behandeling van cliënten met psychotische stoornissen bestaat uit medicamenteuze en psychosociale interventies. De behandelingen zijn gericht op het omgaan met de symptomen en het voorkomen van terugvallen. Daarnaast is het doel van de behandeling het verbeteren van het sociaal functioneren en het verhogen van de kwaliteit van het leven van de cliënt. De interventies van de psychosociale behandelingen kunnen variëren van rehabilitatieprogramma's gericht op werk en woonbegeleiding, cognitieve therapie en gezinsgesprekken. Bij de behandeling is het belangrijk dat naasten en familieleden betrokken worden. Het is voor de cliënt zeer wenselijk dat hij steun uit zijn sociale netwerk ervaart, deze vermindert de kans op een terugval. Voorlichting en concrete adviezen voor de cliënt en zijn omgeving (psycho-educatie) zijn belangrijke onderdelen van de begeleiding. Een steunende structurele vorm van begeleiding is wenselijk om de gevolgen van de aandoening te beperken. De begeleiding richt zich niet op volledig herstel, maar voornamelijk op het leren omgaan met de psychiatrische aandoening. Gezien de beperkingen in de communicatie en het leggen van sociale contacten is een sociale-vaardigheidstraining zinvol.

Naast de begeleiding is een medicamenteuze interventie met antipsychotica noodzakelijk. Antipsychotica zijn de meest effectieve medicamenten in de psychiatrie. Bij ongeveer 70% van de cliënten verdwijnen de psychotische kenmerken in 10 weken. Antipsychotica worden ook voorgeschreven ter preventie van een psychotische terugval. Het is moeilijk te stellen hoe lang cliënten deze medicatie dienen te gebruiken. Antipsychotica hebben vervelende bijwerkingen zoals sufheid, duizeligheid en een verminderde beweeglijkheid. Het is belangrijk dat cliënten en hun sociale netwerk goed geïnformeerd worden over de voor- en nadelen van deze medicatie.

1.10. Disfunctionele persoonlijkheidsstoornissen

1.10.1 Inleiding

Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben een bijzondere kijk op andere mensen en de wereld om hen heen. Er is sprake van een onaangepast denk- en gedragspatroon, wat leidt tot problemen in het dagelijks functioneren van de cliënt.

Cliënten zien niet dat zij degene zijn met een afwijkend persoonlijkheid; het zijn vaak de mensen om hen heen of de omstandigheden, die tot bepaalde situaties geleid hebben. Doordat cliënten niet erkennen dat zij problematisch functioneren, is er weinig tot geen bereidheid om zich te laten behandelen.

1.10.2 Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis werden vroeger bestempeld als "psychopaten". Typerend gedrag voor cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis is dat zij vanaf hun jeugd al onverantwoordelijk (crimineel) gedrag vertonen. In hun doen en laten houden zij niet tot nauwelijks rekening met hun omgeving en komen vaak over als een wreed en agressief persoon. Cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn vaak vanaf hun jeugd al in aanmerking gekomen met politie en justitie.

Cliënten die een antisociale persoonlijkheidsstoornis hebben zijn niet in staat om diepgaande persoonlijke relaties aan te gaan. Ieder contact blijft oppervlakkig. Manipulatief gedrag en liegen zijn geen ongewone gedragingen voor deze cliënten.

Er is geen sprake van ziekte- inzicht en een cliënt met een antisociale persoonlijkheidsstoornis zal niet op eigen initiatief hulp vragen.

Een antisociale persoonlijkheidsstoornis komt driemaal vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

Korte omschrijving diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van gebrek aan achting voor een schending van de rechten van anderen, zoals blijft uit bijvoorbeeld herhaaldelijke handelingen die reden voor arrestatie kunnen zijn, oneerlijkheid, impulsiviteit, prikkelbaarheid en agressiviteit, roekeloze onverschilligheid voor veiligheid, constante onverantwoordelijkheid en het ontbreken van spijtgevoelens.

Bron: DSM IV Patiëntenzorg 6.6. Blz. 230

1.10.3 Narcistische persoonlijkheidsstoornis

Cliënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis zijn buitengewoon gespitst op succes en waardering. Ze zijn overtuigd van hun eigen capaciteiten en verwachten dat zij hiervoor bewondering krijgen vanuit hun omgeving.

Ook bij een gematigde prestatie, is een narcistische cliënt ervan overtuigd dat bewondering gepast is, de narcistische cliënt zal zijn gematigde prestatie niet erkennen.

Cliënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis proberen hun zelfbeeld steeds verder op te schroeven, waarmee ze hun omgeving ook steeds meer gaan minachten. Hun minachting gaat uit naar mensen waar zij zich boven verheven voelen. Macht is het enige waarvoor een narcistische cliënt respect heeft.

Narcistische cliënten zijn in het diepst van hun wezen kwetsbare en onzekere mensen. Om deze kwetsbaarheid te verhullen, is het opschroeven van hun zelfbeeld noodzakelijk, evenals de minachting voor anderen. Narcistische cliënten zijn vaak jaloers en achterdochtig.

Een narcistische persoonlijkheidsstoornis ontstaat in de jeugdjaren van de cliënt. Door een zwaar emotioneel gemis is een (abnormale) prestatiedrang ontstaan, wat geleid heeft tot een narcistische persoonlijkheidsstoornis

Praktijk voorbeeld

S. is een cliënt van 51 jaar, die onlangs opnieuw dak- en thuisloos is geworden. Na een korte periode in een crisisopvangcentrum verbleven te hebben, kwam S. voor een intakegesprek bij de woonvoorziening. Tijdens dit intakegesprek vertelde S. dat hij totaal buiten zijn schuld om opnieuw dak- en thuisloos was geworden. Beter gezegd, hij was niet dak- en thuisloos geworden, hij had ervoor gekozen om te vertrekken bij zijn kamerverhuurder omdat deze op een onwaardige manier tegen hem had gesproken. Daarnaast verzaakte de verhuurder om zijn kamer op te knappen, zoals deze enkele jaren geleden al beloofd.

Een klein detail; S. had al drie maanden geen huur meer betaald.

Overigens lag deze huurschuld ook buiten S. om. S. vertelde dat hij door de sociale dienst te werk gesteld was bij een stichting voor groenvoorziening. Bij deze stichting had hij slechts enkele maanden gewerkt, omdat hij daarna ziek was geworden. Bij afloop van het contract was hij nog ziek geweest, S. was van mening dat de stichting fouten had gemaakt, waardoor hij na afloop van zijn contract geen uitkering meer ontving.

Wat S. vertelde dat de werkzaamheden die hij bij de stichting gedaan had v  r beneden zijn niveau lagen. Hij moest namelijk schoffelen. Zijns inziens had hij echter beter leidinggevende kunnen worden, dan werd er gekeken naar zijn capaciteiten en het zou een verbetering zijn voor de stichting.

De reden dat hij graag binnen de woonvoorziening wilde wonen, was omdat hij tijdelijk onderdak nodig had. In de komende periode wilde hij het contact met zijn kinderen weer oppakken (na 8 jaar), zich laten inschrijven voor een woning en een eigen bedrijfje opstarten.

Dat hij dan tijdelijk samen met andere mensen moest leven vond hij geen probleem, hoewel hij van mening was dat ze wel wat beneden zijn niveau lagen. Toch zag hij daarin een uitdaging; hij wilde deze mensen (cliënten woonvoorziening) helpen om te gaan functioneren op een hoger niveau.

Dit praktijkvoorbeeld toont iemand met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. S. die zichzelf en zijn capaciteiten enorm uitvergroot, zonder dat daarbij sprake is van enig realiteitsbesef.

Korte omschrijving diagnose narcistische persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van grootheidsgevoelend, behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie. De betrokkene heeft bijvoorbeeld fantasieën over onbeperkte successen of macht, gelooft dat hij of zij "speciaal" is, verlangt buitensporige bewondering, heeft een gevoel bijzondere rechten te hebben, exploiteert anderen, is afgunstig op anderen, en is arrogant.

Biron: DSM IV Patiëntenzorg 6.6. Blz. 231

1.10.4. Bordeline persoonlijkheidsstoornis

Kenmerken bordeline- problematiek

Er is sprake van een chronische diepgewortelde verlatingsangst, waardoor bordeline- cliënten kwetsbaar zijn in hun relaties met anderen. Ze voelen zich gauw in de steek gelaten en reageren met dan met woede.

Het is ook mogelijk dat een depressieve stemming de overhand krijgt. Deze ontstemmingtoestanden duren meestal niet lang, een paar uur of enkel dagen.

Bij een cliënt met bordeline kunnen psychotische verschijnselen optreden als de emoties hoog oplopen en ze zichzelf niet meer in de hand hebben. Zij worden dan overspoeld door angstaanjagende visioenen. De levensgeschiedenis wordt gekenmerkt door het feit dat veel relaties mislukt zijn. De cliënt met bordeline hecht zich op een intense en claimende wijze aan mensen met wie hij veel omgaat. Hij idealiseert hen en verwacht dat zij hem zullen bijstaan en alles zullen accepteren wat hij doet. Hij kan niet inzien dat die anderen maar gewone mensen zijn, die fouten maken en ook niet alles pikken wat hij uitspookt (zoals gokken, overmatig drinken en roekeloos gedrag)

De woede van cliënten met bordeline is vaak mateloos. Zij kunnen hun agressie niet beheersen en zijn geneigd impulsief hun gevoel van onvrede af te reageren op de omgeving. Dit kan ook in de vorm van autodestructief gedrag gebeuren, waarbij de persoon zijn agressie tegen zichzelf door bijvoorbeeld een suïcidepoging te doen.

Die destructieve neiging uit zich ook in het verbreken van therapeutische relaties. Ineens heeft de cliënt er genoeg van en drinkt zich een stuk in de kraag omdat hij toch wel verwacht dat hij uit de kliniek weggestuurd zal worden.

Bron: Psychiatrie, Reesdijk, blz. 206

Over de oorzaak van de bordeline persoonlijkheidsstoornis zijn drie opvattingen. De allereerste opvatting gaat ervan uit dat het gaat om een ontwikkelingsstoornis (*Kernberg, 1975*). Er wordt gedacht dat de cliënt als kind veel te kort is gekomen doordat hij zich onvoldoende heeft kunnen hechten (aan de moeder). Deze storing in de hechting zou geleid hebben tot een laag zelfbeeld. Binnen deze opvatting wordt er vanuit gegaan dat de cliënt zijn gevoelleven opnieuw moet ontwikkelen en moet leren om van zichzelf te gaan houden.

De tweede opvatting gaat er vanuit dat bordelineproblematiek voort komt uit de persoonlijkheidsstructuur. Evenals bij andere disfunctionele persoonlijkheidsstoornissen is er sprake van het uitvergroten van eigenschappen, bijvoorbeeld op het moment dat er iets mis gaat in het contact met anderen heeft dit grote gevolgen voor het gevoelsleven van een cliënt met bordeline.

Bij de derde opvatting wordt bordeline beschouwd als een randpsychotische toestand. Deze psychotische toestanden zouden ontstaan bij psychosociale druk of in stress volle situaties.

Korte omschrijving diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en duidelijke impulsiviteit, zoals dat tot uiting komt door bijvoorbeeld inspanningen om feitelijke of vermeend in de steek gelaten worden te voorkomen; instabiele en intense intermenselijke relaties; identiteitsstoornis; impulsiviteit die in potentie de betrokkene zelf kan schaden; recidiverend suïcidale gedragingen; chronisch gevoel van leegte; inadequate, intense woede; en voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën.

Bron: DSM IV Patiëntenzorg 6.6. Blz. 230

2 I REHABILITATIE

2.1. Inleiding

Rehabilitatie is een veelvoorkomend begrip en neemt een steeds belangrijkere plaats in binnen de hulpverlening aan chronisch psychiatrische cliënten. Maar wat is nu eigenlijk rehabilitatie? Rehabilitatie is een filosofie, een manier van denken over en omgaan met mensen met psychiatrische en psychosociale problemen. De letterlijke betekenis van rehabilitatie is eerherstel. Het eerherstel geeft erkenning, dat cliënten ondanks hun psychiatrische aandoening, hun ziek zijn, hun stoornis of verstandelijke beperking niet ophouden om volledig mens te zijn.

Het onderstaande citaat is een mooie weergave van wat dit eerherstel betekent:

"Een intens persoonlijk, uniek proces van verandering in iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen betreft het ontgroeien van de catastrofale gevolgen van de psychische aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven"

Willem Anthony directeur Psychiatrie Rehabilitation Center in Boston, 1993

Rehabilitatie heeft betrekking op een specifieke groepering cliënten, namelijk op cliënten bij wie het verloop van de "normale" behandelcyclus door een samenspel van factoren een problematisch karakter gekregen heeft. Hierdoor zijn er, naast de problemen op het psychische vlak, beperkingen in het dagelijks functioneren en in de sociale contacten ontstaan.

Rehabilitatie richt zich dan op maatschappelijke (re-)integratie. Dit kan bewerkstelligd worden door de maatschappelijke mogelijkheden van cliënten op allerlei levensterreinen, zoals wonen, dagbesteding en sociale contacten/vaardigheden, te vergroten. Binnen de rehabilitatiebenadering vormen de wensen en behoeften van de cliënt het uitgangspunt van de begeleiding. De cliënt wordt actief betrokken bij het opstellen van een begeleidingsplan en het formuleren van doelen. Bij het stellen van de begeleidingsdoelen is het van belang dat het ziektebeeld van de cliënt hierin niet het uitgangspunt vormt. Uiteraard is dit wel een factor waar rekening mee moet worden gehouden.

Het gewenste effect van rehabilitatie is dat er een verbetering optreedt in het functioneren van cliënten. Dit betekent dat zij leren om de gewenste rollen in hun leven te vervullen. Allereerst gaat het om rolvulling ten aanzien van de eigen wensen, verwachtingen en waarden. Daarna gaat het om verbetering in rolvulling in de directe sociale omgeving en daarna de rolvulling van de algemene burgerrollen.

2.2. Verschillende stromingen binnen de rehabilitatiemethodiek

Rehabilitatie richt zich voornamelijk op cliënten met een chronisch psychiatrische aandoening waarbij er beperkingen zijn in het dagelijks functioneren. De doelstelling van rehabilitatie is om cliënten te ondersteunen bij het herstel van hun functioneren op verschillende levensgebieden zoals op het gebied van wonen, sociale contacten en dagbesteding.

Binnen de rehabilitatie zijn er drie verschillende stromingen te herkennen:

Drie stromingen van de rehabilitatie

- I. Individuele rehabilitatie benadering
Deze benadering is gericht op het functioneren van cliënten en het verbeteren van de positie van de cliënt in de maatschappij. De wensen van de cliënt staan binnen de IRB centraal. Deze methodiek is in het bijzonder geschikt om cliënten individueel ontwikkelingsgericht te ondersteunen bij hun herstelproces.
- II. Libermanmodule s
De Libermanmodules is een vaardigheidstraining die groepsgewijs wordt uitgevoerd. Leren omgaan met de ziekte en de daaruit voortvloeiende beperkingen staan hierbij centraal.
- III. Systematisch rehabilitatiegericht handelen
Deze benadering is gericht op het individu waarbij veel aandacht is voor de sociale context van de cliënt. Er wordt aandacht besteed aan de individuele wensen, zorgbehoeften, leefomgeving en sociale relaties.

Deze stromingen worden achtereenvolgend beschreven. Hiermee wordt er een volledig beeld gecreëerd van de verschillende visies op het gebied van rehabilitatie.

2.3. Individuele rehabilitatie benadering

2.3.1. Inleiding

Rehabilitatie stelt zich ten doel: "mensen helpen beter te functioneren, zodat zij met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten onderhouden in de omgeving van keuzen".

Anthony e.a. 2002

De individuele rehabilitatiebenadering is ontwikkeld door Center for Psychiatrie Rehabilitation Boston University, Amerika. In Nederland heeft de stichting Rehabilitatie '92 te Rotterdam de benadering begin jaren 90 geïntroduceerd. Het doel van de IRB is het persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met een psychiatrische aandoening door middel van eerherstel. Uitgangspunt van de IRB is de gedachte dat ook mensen met chronische psychiatrische problemen hun eigen omgeving kiezen en daarin hun eigen doelen nastreven. Door middel van de IRB kunnen cliënten geholpen worden bij het stellen van hun doelen, en bij het leren gebruiken van de vaardigheden en de hulpbronnen die zij nodig hebben om hun doel te bereiken.

2.3.2. Bondgenootschap binnen de IRB

Het rehabilitatieproces begint met het scheppen van een band tussen cliënt en hulpverlener. De relatie die hulpverlener en cliënt opbouwen, wordt binnen de rehaibitatiemethodiek gezien als een bondgenootschap. Daar moet weloverwogen en met geduld aan worden gewerkt. Een bondgenootschap betekent dat twee partijen zich inzetten voor een belang; het belang van de cliënt. In het eerste stadium van het bondgenootschap zal de hulpverlener de drijfveer zijn.

De hulpverlener zal in de eerste termijn een positieve, stimulerende en uitnodigende rol hebben ten opzichte van de cliënt. De hulpverlener nodigt de cliënt als het ware uit om achterop zijn "tandem" te stappen. Wanneer de cliënt achterop is gestapt en het bondgenootschap is aangegaan, zal de hulpverlener op aanwijzing van de cliënt de gewenste richting opgaan. In de loop van het proces zullen de hulpverlener en de cliënt steeds meer samen sturen. Het uiteindelijke doel is dat de cliënt en hulpverlener van plaats gaan wisselen. De hulpverlener zal de cliënt wanneer nodig een zetje in de rug geven en hem de juiste richting wijzen.

2.3.3. Het proces van de IRB

Wanneer het bondgenootschap is aangegaan, maken de cliënt en de hulpverlener gezamenlijk een rehabilitatieplan. Het rehabilitatiedoel van de cliënt is de leidraad van dit plan. Het uitgangspunt is dat de wensen en behoeften centraal staan, het is altijd het plan van de cliënt. De prioriteiten liggen waar de cliënt ze zelf legt. De cliënt geeft zelf aan op welke levensgebieden hij iets wil veranderen. De IRB helpt de cliënt zijn wensen op een bepaald gebied om te zetten in een doel en te kijken wat hij nodig heeft om dit doel te verwezenlijken.

Het stellen van een doel biedt de cliënt een aantal ervaringen op grond waarvan hij een weloverwogen keuze kan maken op het gebied van wonen, werken, leren of recreëren. Een rehabilitatiedoel heeft als uitgangspunt om de cliënt in de toekomst een bepaalde rol te laten vervullen in een specifieke omgeving. Cliënten kunnen pas echt kiezen voor een bepaalde omgeving als ze weten wat ze belangrijk vinden en als ze een goed beeld hebben van de mogelijkheden. De cliënt heeft persoonlijke criteria waarop hij verschillende omgevingen beoordeelt. Voorbeelden hiervan zijn goede bereikbaarheid, een goede buurt en nabije voorzieningen. Omgevingen die volledig voldoen aan de persoonlijke criteria van de cliënt komen helaas weinig voor. De cliënt en de hulpverlener toetsen de persoonlijke criteria zodat duidelijk wordt welke criteria het zwaarst wegend zijn voor de cliënt zodat concessies gedaan kunnen worden. Zodoende kunnen cliënt en hulpverlener gezamenlijk tot een weloverwogen keuze komen.

Cliënten dienen over bepaalde vaardigheden te beschikken om een doel te kunnen behalen. Om een reëel beeld te creëren is het belangrijk om te inventariseren in hoeverre de cliënt beschikt over bepaalde vaardigheden en gebruik kan maken van hulpbronnen in zijn omgeving. Na deze inventarisatie volgen nieuwe interventies: een nieuwe vaardigheid leren, een vaardigheid die de cliënt al heeft beter te leren gebruiken of een nieuwe hulpbron te creëren. Bij het leren van vaardigheden sluit de hulpverlener aan bij de doelen, woorden, begrippen en competenties van de cliënt.

De IRB is een cyclisch proces tussen cliënt en hulpverlener. De uitgangspunten van dit proces kan als volgt schematisch worden weergegeven:

Uitgangspunten IRB

1. **Uitgaan van de mogelijkheden van mensen om hun functioneren te verbeteren gericht op de omgeving van eigen keuzen**
Begeleiders stimuleren alle cliënten om hun functioneren zo goed mogelijk te verbeteren
Begeleiders helpen alle cliënten om inzicht te krijgen in hun doelen en in hun mogelijkheden om het functioneren te verbeteren
2. **Uitgaan van het recht op en de verantwoordelijkheid tot zelfbeschikking van de cliënt**
Begeleiders stimuleren cliënten om zelf rehabilitatiedoelen te formuleren

Begeleiders bemoedigen cliënten aan om interventies af te wijzen waar ze direct mee te maken krijgen en waar ze het niet mee eens zijn

3. **Hulp bieden in een zoveel mogelijk genormaliseerde omgeving**
Begeleiders stimuleren cliënten om gebruik te maken van reguliere maatschappelijke voorzieningen.
Begeleider stimuleren cliënten om mee te doen aan sociale activiteiten buiten de instelling, ook als ze opgenomen en in behandeling zijn.
4. **De (zorg)behoeften gedifferentieerd beoordelen (gebaseerd op de unieke wensen en mogelijkheden van de cliënt)**
Begeleiders bieden elke cliënt een op de ontwikkeling van hun rehabilitatiedoel toegesneden interventieprogramma.
Begeleiders helpen cliënten om vaardigheden op te doen, toegesneden op hun individuele wensen en beperkingen.
5. **Zorg bieden in een vertrouwelijk informeel klimaat, zonder professionele barrières.**
Begeleider informeren naar de gevoelens van de cliënt, ook als deze niet direct verband houden met het programma.
Begeleiders proberen het rehabilitatieproces voor cliënten te verhelderen.
6. **Hulpbronnen in de samenleving benutten om het rehabilitatieaanbod te ondersteunen**
Begeleiders ondersteunen cliënten bij het onderzoeken van mogelijkheden om te wonen, te werken en sociale contacten op te doen.
Begeleiders betrekken familieleden en vrienden en relevantie anderen bij het rehabilitatieproces, alleen in overleg met de cliënt en als de cliënt dat wenst.
7. **Activiteiten ontplooien gericht op het bewerkstelligen van noodzakelijke veranderingen in de omgeving van de cliënt.**
Begeleiders werken indien nodig samen met maatschappelijke diensten om ervoor te zorgen dat deze cliënten gelijk behandelen aan andere mensen.
Begeleiders onderhandelen zo nodig met woningbouwvereniging om appartementen voor cliënten te verkrijgen,.
8. **Geen grenzen voor deelname aan rehabilitatieprogramma's**
Begeleiders werken met cliënten zolang dit noodzakelijk is en als cliënten er behoefte aan hebben.
Begeleiders geven nooit de hoop op dat het herstel van de cliënt kan worden bevorderd.
9. **Werken aan doelen met betrekking tot wonen, werken, leren en sociale contacten**
Begeleiders bemoedigen cliënten aan om doelen na te streven op het gebied van wonen, werken, leren en sociale contacten hebben.
Begeleiders geven cliënten praktisch en moreel ondersteuning als ze activiteiten op hun doelgebieden ondernemen.
10. **Nadruk op sterke kanten in plaats van op beperkingen**
Begeleiders richten het interventieprogramma op ontwikkeling van vaardigheden en hulpbronnen van de cliënt
Begeleiders helpen de cliënten hun mogelijkheden te ontwikkelen door positieve leerervaringen te bewerkstelligen.
11. **Nadruk op het hier en nu**
Begeleiders richten zich op de doelen van de cliënt en wat gedaan moet worden om deze te bereiken.
Begeleiders houden zich alleen bezig met het verleden van cliënten voor zover dit belangrijk is voor het stellen van een rehabilitatiedoel.

Bron: De individuele rehabilitatie benadering, blz. 111

Het doel van deze uitgangspunten is dat de cliënt steeds meer zicht krijgt op het eigen rehabilitatieproces. Het is een proces waarbij de cliënt steeds meer de regie terug krijgt over zijn eigen leven.

2.4. Libermanmodules

2.4.1. Inleiding

De Libermanmodules zijn ontwikkeld door professor R.P. Liberman, hoogleraar psychiatrie en directeur van het Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation in Amerika. De Libermanmodules biedt cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis de mogelijkheid om op een systematische manier vaardigheden aan te leren. Deze vaardigheden zijn gericht op diverse levenssterreinen. Naast het aanleren van nieuwe vaardigheden is er ook sprake van vaardigheidvergroting. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid tot een verbeterd sociaal functioneren.

Er zijn modules ontwikkeld op de volgende levensgebieden:

1. Omgaan met antipsychotische medicatie
2. Omgaan met psychotische symptomen
3. Omgaan met vrije tijd
4. Omgaan met verslaving
5. Omgaan met werk
6. Omgaan met sociale relaties en intimiteit

2.4.2. Beschrijving Libermanmodules

Omgaan met antipsychotische medicatie

In de module over antipsychotische medicatie wordt er aandacht besteed aan het gebruik van antipsychotica. Medicatietrouw is belangrijk bij het gebruik van antipsychotica, dit helpt psychotische perioden voorkomen. In de module wordt er aandacht besteed aan de werkingen, bijwerking en het gebruik van antipsychotica. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan de vaardigheden van cliënten die noodzakelijk zijn om problemen omtrent medicatie bespreekbaar te maken.

Omgaan met psychotische symptomen

Deze module is ontwikkeld voor cliënten met een psychotische stoornis. Het uitgangspunt binnen deze module is dat cliënten leren symptomen en signalen die wijzen op een psychose te leren herkennen en zo bij een eventuele terugval tijdig kunnen reageren. Daarnaast leren cliënten hoe zij om kunnen gaan met de blijvende gevolgen van de psychotische stoornis. Ook besteedt de module aandacht aan het gebruik van alcohol en drugs in combinatie met de psychotische stoornis.

Omgaan met vrije tijd

De module omgaan met vrije tijd is niet gericht op de psychiatrische aandoening van cliënten, maar is gericht op het gezonde deel van hun leven, namelijk de vrije tijd. De module richt zich op het vinden en behouden van een prettige en zinvolle invulling van de vrije tijd.

Omgaan met verslaving

De module over verslaving is gericht op cliënten met een psychiatrische aandoening die daarnaast een verslaving hebben. De module is erop gericht dat cliënten leren om "nee" te zeggen tegen het verslavende middel en de leegte die valt, door het stoppen met het verslavende middel, op een goede manier invullen. In de module leren cliënten

nieuwe vaardigheden en ze ontvangen informatie over verslaving met betrekking tot bijvoorbeeld terugval preventie en gewoonteketens. De module is opgebouwd in drie fasen vanwege het hoge percentage "drop-in" en "drop-out". De fasen zijn los van elkaar te volgen. De basistraining is het eerste deel, informatie en motivatie staat centraal. De basistraining is noodzakelijk om door te stromen naar de volgende fasen. De volgende fase is een vaardigheidstraining, deze training is gericht op het aanleren van praktische vaardigheden. De volgende fase omvat oefensessies. Cliënten oefenen hun vaardigheden aan de hand van praktijksituaties.

Omgaan met werk

In de module omgaan met werk staat de arbeidsrehabilitatie van cliënten met een psychiatrische stoornis centraal. In de module leren cliënten vaardigheden die hen in staat stellen zelfstandig en succesvol te functioneren binnen hun werkplek. Ook is de doelstelling dat cliënten hierdoor hun werk behouden. Cliënten die deelnemen aan de module omgaan met werk moeten beschikken over een werkplek, zodat zij de opgedane vaardigheden in de praktijk kunnen brengen.

Omgaan met sociale relaties en intimiteit

In de module omgaan met sociale relaties en intimiteit wordt er aandacht besteed aan basisvaardigheden, zoals het leggen van contact, het maken van afspraken en het uiten van gevoelens. Ook wordt er aandacht besteed aan openhartigheid en vriendschappelijkheidsnormen die in verschillende sociale relaties gelden.

Daarnaast is er aandacht voor het aangaan en onderhouden van intieme relaties.

Er is gebleken dat de Libermanmodules gewaardeerde modules zijn doordat cliënten actief kunnen participeren bij het aanleren van nieuwe vaardigheden. Voor de informatieverstrekking binnen de Libermanmodules hebben cliënten waardering, deze is helder en eenvoudig. De Libermanmodules werkt voor cliënten motiverend doordat deze aansluit bij hun beleavingswereld, wat leidt tot resultaat in de praktijk.

2.5. Systematisch rehabilitatiegericht handelen

2.5.1 Inleiding

De methodiek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, nader te noemen SRH, is ongeveer vijftien jaar geleden ontwikkeld. De SRH was toen voornamelijk gericht op het gebied van wonen voor chronisch psychiatrische cliënten. Hoewel het SRH zijn oorsprong kent in de langdurige psychiatrische zorg, wordt het de laatste jaren ook ingevoerd in dagactiviteiten-centrums en de ambulante zorg. Het SRH wordt hier als leidraad gebruikt om dagbesteding en woon- en trajectbegeleiding op een rehabilitatiegerichte wijze vorm te geven.

Het SRH stelt zich ten doel de cliënt te begeleiden om zijn levenskwaliteit en zijn zelfzorgvermogen te optimaliseren. Het uitgangspunt is dat de cliënt zowel persoonlijk als maatschappelijk tot tevredenheid kan functioneren op alle levensterreinen. Het SRH richt zich zowel op de cliënt als zijn omgeving.

2.5.2 Basisprincipes SRH

Het SRH is gebaseerd op de algemene principes van de rehabilitatie:

Basis principes van rehabilitatie

Gericht op de persoon	Een focus op de mens als geheel, in plaats van op de diagnose of ziekte.
Functioneren	Een focus op het verrichten van alledaagse activiteiten.
Steun	Een focus op het geven van steun zolang als gewenst en nodig is.
Omgevingsspecificiteit	Een focus op de specifieke context waar een persoon woont, leert, werkt, recreëert en sociale contacten heeft.
Betrokkenheid	Een focus op het betrekken van cliënten als volwaardig partners in alle aspecten van het rehabilitatieproces.
Keuze	Een focus op de voorkeuren van de persoon gedurende het proces.
Gericht op uitkomsten	Een focus op het toetsen van uitkomsten van rehabilitatie in termen van de impact op de resultaten voor de cliënt.
Groeipotentieel	Een focus op verbetering van de kwaliteit van Leven, onafhankelijk van huidige problemen.

Bron: Buitengewoon werk, blz. 63

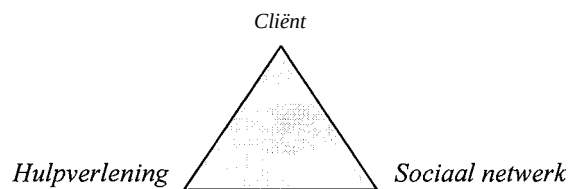
Deze basisprincipes sluiten aan bij de uitgangspunten van rehabilitatie, namelijk het streven naar normalisatie en participatie van de cliënt. Bij rehabilitatie gaat het in eerste plaats om het benaderen van de cliënt als volwaardig mens. Niet de beperkingen van de cliënt worden benadrukt, maar diens mogelijkheden. De begeleiding is gericht op het functioneren van de cliënt in het dagelijkse leven. De keuzes en voorkeuren van de cliënt vormen het uitgangspunt. Het doel is de gewenste resultaten van de cliënt te behalen en het realiseren van een zo groot mogelijke kwaliteit op leven. In het SRH ligt een grote nadruk op het ondersteunen van de cliënt in zijn eigen leerproces. Bij cliënten met een psychiatrische aandoening is herstel mogelijk, al is dit vaak een langdurig proces. In de SRH wordt ook aandacht besteed aan het maatschappelijke herstel van de cliënt. Het gaat hierbij om activiteiten die gericht zijn op burgerschap en het vervullen van sociale maatschappelijke rollen.

In dit rehabilitatiemodel zijn gelijkwaardigheid en samenwerking tussen de cliënt en hulpverlener belangrijke uitgangspunten. Het rehabilitatieproces bestaat uit een gezamenlijk proces tussen hulpverlener, cliënt en diens omgeving. Het rehabilitatieproces is het herstelproces van de cliënt. De begeleiding is er dus op gericht om de cliënt steun te geven die deze wenst, zijn mogelijkheden te helpen ontwikkelen en de beperkingen te helpen verminderen.

2.5.3 De Triade

Kenmerkend binnen het SRH is dat de begeleiding zowel op de cliënt als diens omgeving gericht is. In de begeleiding wordt er veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de omgeving van de cliënt. Er wordt gekeken naar de kwaliteit van de huisvesting, maar ook naar de mate waarin het netwerk van de cliënt ondersteunend is.

Het doel is dat de kwaliteit van de omgeving zo groot mogelijk is. Dit wordt binnen het SRH ook wel een 'Vitaminerijke' omgeving genoemd. Eigenschappen binnen een vitaminerijke omgeving zijn onder andere dat het er veilig genoeg is, datje er controle over kunt uit oefenen en dat er mogelijkheden zijn om je vaardigheden te gebruiken. Het gaat erom de cliënt te ondersteunen om een zo krachtig mogelijk persoonlijk steunsysteem te ontwikkelen. In dit steunsysteem gaat het om de mogelijkheden die de persoon heeft om zichzelf te helpen. Daarnaast gaat het om de steun die ontleend kan worden aan het sociale netwerk van de cliënt, zoals vrienden, familie en lotgenoten. Gedurende het rehabilitatieproces staat het contact met de hulpverlening, de cliënt en het sociale netwerk centraal. Deze drie dimensies zijn weer te geven in de triade:



Bron: Rehabilitatie, blz. 57.

In het SRH wordt de relatie tussen de hulpverlener, cliënt en diens omgeving centraal gesteld. Het uitgangspunt van de relatie is het 'present zijn' in de leefwereld van de cliënt (Baart, 2001). Hierbij gaat het in eerste instantie niet om het oplossen van problemen, maar vooral om het aandachtig aanwezig zijn.

Zonder relatie geen rehabilitatie.

2.5. Tot slot

In dit hoofdstuk hebben wij de drie stromingen van de rehabilitatiemethodiek beschreven. Het onderzoek naar rehabilitatie was voor ons een ontdekkingsreis. Deze reis leidde ons langs de verschillende wegen van rehabilitatie, namelijk de Individuele Rehabilitatie Benadering, Libermanmodules en Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen.

Vol interesse en nieuwsgierigheid zijn wij de ontdekkingsreis gestart. Onderweg hebben we te maken gehad met obstakels, de kunst was om ons oog te houden op de horizon. We kwamen tot de ontdekking dat de IRB en het SRH vele onverwachte overeenkomsten hadden. Dit maakte het moeilijk om het verschil tussen beiden paden te onderscheiden. Uiteindelijk hebben we de verschillende wegen gevonden. De weg van de IRB leidt ons langs het binnenperspectief van de mens. Het gaat om het individu in de wereld en wel op verschillende terreinen zoals wonen, dagbesteding en sociale relaties. Het maakt aanspraak op de eigen keuzemogelijkheden en de verantwoordelijkheden die ieder mens heeft. Om hier aanspraak op te kunnen maken is het belangrijk dat mensen opnieuw ontdekken wat hun wensen zijn en waar hun mogelijkheden liggen, om zo volwaardig mens te zijn.

De weg van het SRH leidt ons lang het buitenperspectief van de mens. Hierbij gaat om het volledig tot recht komen van de mens in wisselwerking met zijn omgeving. De omgeving van de mens speelt hierbij een belangrijke rol. In het SRH vormt het maatschappelijke herstel van de cliënt een belangrijk uitgangspunt. Het gaat hierbij om activiteiten die gericht zijn op burgerschap en het vervullen van sociale maatschappelijke rollen.

De weg van de Libermanmodules toonde zich anders dan de voorafgaande wegen. Bij de Libermanmodules kunnen mensen vaardigheden aanleren op verschillende levensterreinen. In tegenstelling tot de andere rehabilitatiestromingen is dit een vaststaande module. Mensen kunnen in groepen deelnemen aan de Libermanmodules. Door het volgen van deze module worden er nieuwe vaardigheden aangeleerd en ontstaat de mogelijkheid tot een verbeterd sociaal functioneren.

Gaandeweg onze reis stond één punt centraal; namelijk het eerherstel van de mens met een psychiatrische aandoening. Het uitgangspunt van de verschillende wegen is dat mensen met een psychiatrische aandoening nooit ophouden volwaardig mens te zijn. De visie is dat mensen de regie over hun eigen leven weer terug krijgen en behouden.

De rehabilitatiemethodiek is als een kompas, waarmee we als hulpverlener richting houden. In de rugzak die we bij ons dragen zitten verschillende hulpmiddelen die we op onze reizen kunnen gebruiken. De hulpmiddelen, de IRB, het SRH en de Libermanmodules, kunnen ingezet worden bij verschillende situaties die zich voordoen. Wij zijn van mening dat zeker de IRB en het SRH vanwege de vele overeenkomsten, gezamenlijk **inge2**et kunnen worden.

Binnen de rehabilitatie geldt dat de weg belangrijker is dan de bestemming.

3 | REHABILITATIE IN DE PRAKTIJK

3.1. Inleiding

Door middel van een literatuuronderzoek is er in de voorafgaande hoofdstukken veel aandacht besteed aan ziektebeelden van chronisch psychiatrische cliënten en aan de uitgangspunten van de rehabilitatiemethodiek. In dit hoofdstuk wordt er een koppeling gemaakt tussen de voorafgaande theorie en de praktijk. Er wordt beschreven hoe de rehabilitatie in de praktijk toegepast kan worden en geïntegreerd kan worden binnen de maatschappelijke opvang. Ook worden er onderzoeksuitkomsten van de rehabilitatiemethodiek belicht. Tot slot wordt er een interview afgenomen met een rehabilitatiedeskundige.

3.2. Rehabilitatie bij chronisch psychiatrische cliënten

3.2.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is er aandacht besteed aan de theoretische onderbouwing van psychiatrische ziektebeelden en rehabilitatie. In dit hoofdstuk, en specifiek in deze paragraaf, wordt er een koppeling gemaakt tussen theorie en praktijk. Hoe kan rehabilitatie binnen de maatschappelijke opvang tot stand gebracht worden? Moeten cliënten gemotiveerd zijn? En welke plek moet de psychiatrische aandoening krijgen binnen de rehabilitatiemethodiek?

In de onderstaande subparagrafen komen deze punten aan de orde.

3.2.2 Toegang rehabilitatie

Wanneer wordt de rehabilitatiemethodiek bij cliënten toegepast? Voor alle cliëntengroepen is de rehabilitatiemethodiek toegankelijk, maar de rehabilitatiemethodiek wordt voornamelijk toegepast bij chronisch psychiatrische cliënten. Rehabilitatie wordt toegepast wanneer er sprake is van een vastgelopen behandelcyclus met een problematisch karakter.

Wanneer de rehabilitatiemethodiek wordt toegepast, is het eerste contact een belangrijke factor in het proces van rehabilitatie. Gedurende dit eerste contact wordt er door de hulpverlener een weg gecreëerd die toe leidt naar rehabilitatie. Het is belangrijk dat de wensen en de behoeften van de cliënt op de voorgrond staan.

Binnen de maatschappelijke opvang is het eerste contact met cliënten een intakegesprek. Het eerste intakegesprek is een oriënterend gesprek die de problematiek van de cliënt in kaart brengt. Het is aanbevelingswaardig om tijdens een intakegesprek een focus te leggen op de rehabilitatiemethodiek. De volgende checklist geeft richtlijnen om rehabilitatieonderwerpen aan de orde te stellen die passend zijn bij de oriënterende fase.

Checklist rehabilitatieonderwerpen oriënterende fase

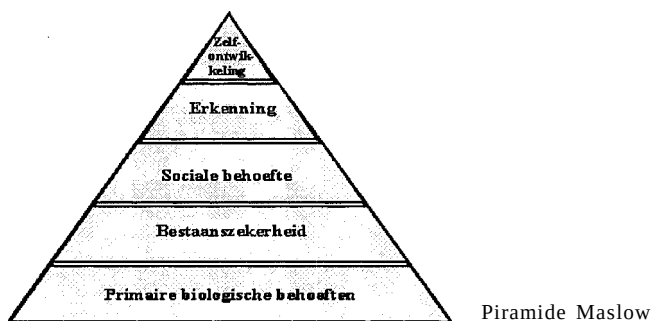
1. Heb je een vraag over je woonsituatie, je huishouden of de financiering ervan?
2. Heb je een vraag over je werk of over je dagindeling?
3. Heb je een vraag over je activiteiten in je vrije tijd, je hobby's, of kom je daar niet toe?
4. Heb je een vraag ten aanzien van je relatie(s) of familie?
5. Heb je een vraag over scholing, opleiding of iets leren?

Bron: Regionale Werkgroep Rehabilitatie (2001) *Module rehabilitatie*, Midden-Westelijk Utrecht.

Voordat de bovenstaande vragen doorlopen kunnen worden, is het belangrijk dat de hulpverlener een algemene vraag stelt zoals: "Kun je me vertellen wat er aan de hand is? Met welke vraag kom je nu bij mij?". Door het stellen van een algemene vraag wordt het inzichtelijk welke zaken bij de cliënt het meest op de voorgrond staan. Door het stellen van de andere vragen, ontstaat er een compleet beeld over de wensen en de behoeften van de cliënt. Vanuit deze gegevens kan het rehabilitatieproces van start gaan.

- Kritische noot

De theorie pretendeert dat cliënten gemotiveerd zijn en in staat zijn om hun eigen hulpvraag te formuleren. Onze ervaring leert dat de praktijk vaak het tegendeel bewijst. De motivatie van cliënten is vaak gelegen in de eerste levensbehoeften. Deze behoeften zijn voornamelijk gericht op basisbehoeften zoals onderdak, eten en drinken, zoals beschreven in de motivatietheorie van Abraham Maslow.



Het is van belang dat de eerste levensbehoeften van de cliënt vervuld zijn, pas dan ontstaat er motivatie bij de cliënt om zich te richten op zijn toekomstperspectief. Vanuit de piramide van Maslow gezien kan de cliënt doorgroeien naar de volgende trede wanneer de primaire levensbehoeften vervuld zijn. Binnen de rehabilitatiebenadering gaan cliënt en hulpverlener zich na deze fase oriënteren op de wensen en de behoeften van de cliënt, om vanuit hier rehabilitatiedoelen te formuleren.

3.2.3 Psychiatrische diagnose als uitgangspunt?

Zoals eerder benoemd in hoofdstuk 1 hebben de cliënten in de maatschappelijke opvang van het Leger des Heils en Stichting Limor een DSM-IV diagnose. De psychiatrische diagnose is kenmerkend voor de doelgroep binnen deze instellingen. Wij vinden het van belang om te bepalen welke positie de psychiatrische diagnose dient te hebben binnen de rehabilitatiemethodiek.

De rehabilitatiemethodiek stelt dat de diagnose niet het uitgangspunt vormt binnen de begeleiding. Het gaat altijd om de individuele cliënt en diens begeleidingsbehoeften. Er bestaat geen algemene regel voor de invloed van ziektebeelden op het rehabilitatieproces.

Er zijn echter wel een aantal voor- en tegenargumenten te benoemen:

Argumenten om wel rekening te houden met de psychiatrische diagnose van de cliënt

Kennis van het ziektebeeld helpt om goed te kunnen luisteren en aan te kunnen sluiten bij de cliënt.

Kennis van het ziektebeeld is nodig om te kunnen beoordelen of bepaalde doelen realistisch zijn gezien de functiebeperkingen van de cliënt.

Voor de cliënt kan het duidelijk maken datje "een ziekte hebt" en "geen ziekte bent".

Begeleider kunnen zich gericht scholen en deze deskundigheid onderling uitwisselen.

Argumenten om geen rekening te houden met de psychiatrische diagnose van de cliënt

Het gedrag van een cliënt en diens reactie op levensgebeurtenissen kunnen onterecht worden toegeschreven aan de psychiatrische ziekte, met andere woorden: al het gedrag kan worden gezien als een symptoom van het ziektebeeld.

Als er te veel of te snel naar het ziektebeeld gekeken wordt, kan de verantwoordelijkheid van een cliënt te veel op de achtergrond raken.

De diagnose kan de cliënt afhankelijk maken van de deskundigheid van begeleider.

Focussen op de psychiatrische diagnose kan leiden tot etikettenplakken en het aanbieden van een standaard aanbod: "Oh u hebt ziekte X, dan moet u naar die woning dan krijgt u van ons veel structuur en regelmaat aangeboden. Discussie gesloten".

Bron: Beek, H e.a (2007) *Buitgewoon werk* (eerste druk) Amsterdam: Uitgeverij SWP

Wij stellen dat het ziektebeeld niet het uitgangspunt moet vormen binnen de begeleiding, maar dat er wel degelijk rekening gehouden moet worden met het ziektebeeld van de cliënt. Ieder mens heeft mogelijkheden en beperkingen, zonder dat er sprake hoeft te zijn van een psychiatrische diagnose. Wij achten het daarom wenselijk dat de beperkingen van de cliënt niet direct bestempeld worden als een psychiatrische aandoening. Het is naar onze mening zeer belangrijk om de cliënt als een volwaardig mens te beschouwen. Iemand als volwaardig mens beschouwen betekent voor ons dat er geen directe focus wordt gelegd op het ziektebeeld.

De kern van het maatschappelijk werk is het ondersteunen en begeleiden van cliënten om hen naar eigen inzicht zo zelfstandig mogelijk deel te laten nemen aan de maatschappij. De rehabilitatiemethodiek sluit hierbij aan door zich niet alleen te richten op het ziektebeeld van de cliënt, maar voornamelijk op het behouden en ontwikkelen van vaardigheden en het voorkomen van achteruitgang.

3.2.4. Rehabilitatieproces

Binnen de maatschappelijke opvang ligt de focus niet op het ziektebeeld van de cliënt. Er dient wel rekening gehouden te worden met de psychopathologie, maar dit is voor de hulpverlener binnen de maatschappelijke opvang geen doel op zich. Te denken valt aan het omgaan met de symptomen van het ziektebeeld, het signaleren, het helpen om medicatie zo zelfstandig mogelijk te beheren, en het leren accepteren van beperkingen. Vanuit de rehabilitatiebenadering zijn dit geen doelen op zich, maar dienen ze wel als ontwikkelingsdoel om een rehabilitatiedoel te kunnen behalen. Als een cliënt zelfstandig wil wonen, moet hij bijvoorbeeld leren om goed om te gaan met zijn medicatie.

Om rehabilitatie tot stand te laten komen binnen de maatschappelijke opvang is het noodzakelijk dat er planmatig en gestructureerd aan rehabilitatiedoelen gewerkt wordt. Dit kan bewerkstelligd worden door cliënten binnen de maatschappelijke opvang te begeleiden middels een gefaseerd rehabilitatieplan. Dit rehabilitatieplan bestaat uit de volgende fases:

- Doelvaardigheid beoordelen en bevorderen

In deze fase brengen hulpverlener en cliënt samen in kaart in hoeverre de cliënt er aan toe is om zich een concreet doel te stellen. Er wordt gekeken naar de mate waarin de cliënt toe is aan verandering op het gebied van wonen, werken, daginvulling of sociale contacten. De hulpverlener bespreekt met de cliënt of er redenen zijn om verandering te overwegen. Wanneer verandering wenselijk is, zullen de cliënt en de hulpverlener samen gaan kijken naar de toekomstverwachtingen van de cliënt. Ook kijken de hulpverlener en de cliënt naar de begeleidingsbehoeftes van de cliënt. Er wordt besproken of de cliënt door de desbetreffende hulpverlener begeleid wil worden en welke manier van begeleiden het beste bij de cliënt past. Ten slotte wordt het inzicht van de cliënt in zijn eigen interesses en mogelijkheden besproken.

- Doel stellen

De doelen van de cliënt vormen de leidraad in het rehabilitatieproces. Uitgaan van de persoonlijke doelen van de cliënt vraagt een houding van de hulpverlener waarin de wensen en doelen echt centraal staan. Een goede basisattitude, respect en ruimte voor de inbreng van de cliënt is hierbij erg belangrijk.

Cliënten kunnen pas een doel stellen als ze echt weten wat ze belangrijk vinden. De hulpverlener ondersteunt de cliënt om zijn wensen en mogelijkheden op verschillende levensterreinen te onderzoeken en zo in het dagelijkse leven meer het heft in eigen hand te nemen. Hiervoor dienen de waarden en de toekomstwensen van de cliënt besproken te worden. Het in gesprek zijn met de cliënt en het herkennen van rehabilitatie vragen leidt vaker tot het formuleren van heldere en persoonlijke doelen. Daarnaast dienen cliënten goed geïnformeerd te worden over de mogelijkheden die er zijn om een bepaald doel te kunnen behalen. Een rehabilitatiedoel heeft altijd betrekking op het vervullen van een bepaalde rol in een specifieke omgeving. Het kan hierbij gaan om het behouden of het verkrijgen van een rol in een omgeving. Voorbeelden van rehabilitatiedoelen zijn: "cliënt heeft binnen een jaar (maart 2009) een dagbesteding die hij als zinvol ervaart". Of: "cliënt blijft de komende twee jaar (2010) wonen in de maatschappelijke opvang met ondersteuning van de begeleiding".

Om het doel daadwerkelijk te kunnen bereiken dient het doel zo duidelijk mogelijk geformuleerd te worden. Bij het formuleren van doelen dienen de volgende stappen gezet te worden:

1. Doelterrein bepalen: op welk terrein wil de cliënt zijn doel behalen, bijvoorbeeld wonen, dagbesteding, sociale contacten of financiën.
2. Type doel bepalen : is het een veranderingsdoel of is het doel gericht op 'behouden'?
3. Fase doel bepalen: de fase waarin de cliënt verkeert ten aanzien van zijn doel. De fase zijn: verkennen, kiezen, krijgen en behouden.
4. Formuleren van een doel: het formuleren van een precieze doelstelling: rol, omgeving en tijdstermijn.

- Vaardigheden en hulpbronnen

Nadat de cliënt en hulpverlener doelen hebben vastgesteld, is het belangrijk dat er geïnventariseerd wordt welke vaardigheden en hulpbronnen de cliënt nodig heeft om het doel te bereiken. Vaardigheden zijn actieve handelingen en kunnen van verstandelijke, emotionele of fysieke aard zijn. Hulpbronnen zijn mensen, plaatsen, activiteiten of dingen die door de cliënt als steunend worden ervaren bij het bereiken van het gewenste doel.

Uit de inventarisatie van de vaardigheden en hulpbronnen kunnen interventies volgen zoals een nieuwe vaardigheid aanleren of een hulpbron creëren. De interventies op het gebied van hulpbronnen leiden er toe dat de niet bestaande hulpbronnen kunnen worden gecreëerd en bestaande hulpbronnen toegankelijk worden gemaakt.

- Plan maken

De cliënt en de hulpverlener stellen samen een rehabilitatieplan op. De rehabilitatiedoelen van de cliënt vormen een leidraad voor dit plan en staan hierbij centraal. Het uitgangspunt is dat het rehabilitatieplan altijd het plan van de cliënt is. De vaardigheden, de hulpbronnen en de interventies worden in het plan opgenomen. Wanneer de cliënt en de hulpverlener het plan maken, is het belangrijk om prioriteiten te stellen. Vaak hebben cliënten meerdere doelen op verschillende levensterreinen. Bij een gefaseerd rehabilitatieplan worden verschillende stappen in kaart gebracht, waarbij de ene stap belangrijk is om bij de volgende stap te komen om zo het volgende doel te kunnen behalen. Prioriteiten worden gesteld aan de hand van de mate van urgentie, de mate waarin de cliënt gemotiveerd is, de mate waarin de cliënt denkt dat de interventie kans van slagen heeft en de mate waarin de cliënt ondersteuning ervaart. Het is belangrijk dat de cliënt en de hulpverlener afspraken maken over de uitvoering van het plan. In de maatschappelijke opvang zullen hier vaak andere hulpverleners bij ingeschakeld worden. Ook is het van belang af te spreken hoe de voortgang van de doelen gevolgd wordt. Hiervoor kunnen structureel evaluatiemomenten ingepland worden.

3.2.4 Ten slotte

Rehabilitatie is een hulpverleningsvorm binnen de maatschappelijke opvang die hulpverleners helpt om de participatie van cliënten zoveel mogelijk te vergroten in een zo normaal mogelijke kader. Dit gaat enerzijds over de directe hulpverlening aan de cliënt, en anderzijds om omgevingsfactoren. Het gaat hierbij om alledaagse onderwerpen zoals wonen, dagbesteding en recreëren. Eerherstel van de cliënt is hierbij erg belangrijk. Dit komt tot uiting in de bejegening van hulpverleners die rehabilitatie uitdragen.

33. Onderzoeksuitkomsten rehabilitatie

3.3.1. Inleiding

De doelstelling van dit hoofdstuk is het geven van inzicht in de toepassing en de resultaten van de rehabilitatiemethodiek voor cliënten en hulpverleners. Welke factoren van de rehabilitatie worden door cliënten en hulpverleners als bevorderend of juist belemmerend ervaren? En wat zijn de opbrengsten van de rehabilitatiemethodiek voor psychiatrische cliënten?

Hoewel de rehabilitatiemethodiek een steeds belangrijkere plek krijgt binnen de hulpverlening in Nederland, is er nog weinig onderzoek gedaan in vergelijking met andere vormen van hulpverlening. Zo is er nog weinig bekend over de effecten van het SRH. De Liberman-modules zijn beter onderzocht, met positieve uitkomsten. Het volgen van deze modules levert voor cliënten kennis en vaardigheden op. Op de middellange termijn zijn er aanwijzingen voor verbeteringen in het sociaal functioneren en minder terugval (Arends e.a., 2000)

Dit hoofdstuk is voornamelijk gericht op de onderzoeksuitkomsten van de IRB. De IRB is de meest toonaangevende rehabilitatiemethodiek in Nederland.

De IRB richt zich voornamelijk op langdurige psychiatrische cliënten en sluit volledig aan bij de doelgroep en instellingen waarbij wij werkzaam zijn. In Nederland wordt de IRB toegepast bij ongeveer vijfenveertig hulpverleningsinstellingen, (bron: Rehabilitatie 92).

3.3.2. Onderzoek naar de effecten van rehabilitatie

Stichting Altrecht, (Swildens W., Keijzerswaard A., Valenkamp M.) heeft gedurende twee jaar, in de periode 1998-2000, tweeënzestig cliënten en hun begeleiders gevolgd. Er is onderzocht welke ervaringen cliënten en medewerkers met de IRB hebben opgedaan en tot welke uitkomsten dit heeft geleid. Het onderzoek is gericht op verschillende terreinen; het bereiken van de doelen van cliënten, hun dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en de ervaringen met hulpverlening. Om inzicht te geven in de onderzoeksgroep zijn de demografische gegevens van de cliënten schematisch weergegeven.

Bron: Droes, J. 2001 Rehabilitatie- effectenonderzoek: een inventarisatie, tijdschrift voor psychiatrie 43

Demografische gegevens van de 62 cliënten van het onderzoek

Man	61 %
Vrouw	39 %
Leeftijdscategorie	
<20	2 %
20 - 30	20 %
30 - 40	27 %
40 - 50	32 %
50 - 60	10 %
>60	10 %
Burgerlijke staat	
Ongehuwd	79 %
Gehuwd	3 %
Gescheiden	13 %
Weduwestaat	5 %
Opleidingsniveau	
Lager onderwijs	64 %
Middelbaar onderwijs	23 %
Hoger onderwijs	13 %

Bron: Swildens, W. 2001 Rehabilitatie hoe langer hoe beter Amsterdam: Uitgeverij SWP

- **Rehabilitatiedoelen**

Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer tachtig procent van de cliënten en hun hulpverleners vonden dat hun inzicht in de doelen en wensen (enigszins) was toegenomen. Een deel van de cliënten vond dat ze wel meer inzicht hadden gekregen in hun wensen en doelen, maar dat dit niet samenhangt met de rehabilitatiebegeleiding. De meeste cliënten (tachtig procent) die meer inzicht kregen in hun wensen en doelen vonden echter wel dat zij dit mede aan de rehabilitatiebegeleiding te danken hadden.

Uit het onderzoek blijkt dat er in het bereiken van de doelen van de cliënten positieve resultaten behaald zijn. Ongeveer driekwart van de cliënt deed nieuwe vaardigheden op om hun gestelde doelen te behalen. Bijna de helft (zesenveertig procent) van de ondervraagde cliënten heeft het eerste rehabilitatiedoel geheel of grotendeels behaald.

Voorbeelden van doelen die behaald werden, zijn; 'De cliënt wil graag een gezond dagritme en een zinvolle dagbesteding'. Er waren ook cliënten die hun doel (nog) niet bereikt hebben, maar desondanks van mening waren dat de rehabilitatie positief bijdroeg aan het dichterbij brengen van het doel.

Tabel uitkomsten onderzoek rehabilitatiedoelen

Doel is grotendeels gerealiseerd	26 cliënten	46 %
Doel is gedeeltelijk gerealiseerd	7 cliënten	12 %
Doel is (nog) niet gerealiseerd	21 cliënten	37 % *
Geen rehabilitatiedoel	3 cliënten	5 %

* Van deze 21 cliënten zeggen:

- 10 personen dat het doel op termijn wordt gerealiseerd
- 11 personen dat het doel niet meer wordt gerealiseerd.

Bron: Swildens, W. 2001 Rehabilitatie hoe langer hoe beter Amsterdam: Uitgeverij SWP

• Maatschappelijke participatie

Er is onderzocht of rehabilitatie invloed heeft op de maatschappelijke participatie van cliënten. Uitkomsten in dit terrein zijn waarschijnlijk pas na enkele jaren zichtbaar. (Bond en Boyer; Petry, 1993) Wel is er onderzocht welke feitelijke veranderingen zich hebben voorgedaan op het gebied van wonen, werk en dagbesteding. Op dit gebied zijn er een aantal positieve ontwikkelingen. Van de onderzochte cliënten ging eenentwintig procent vanuit een opnamesituatie naar begeleid- of zelfstandig wonen. Er was slechts één cliënt die van zelfstandig wonen terug ging naar een opnamesituatie. Er zijn gedurende het onderzoek wel cliënten opgenomen, maar hierbij ging het om kortdurende opnamen.

Daarnaast heeft er op het gebied van werk en dagbesteding een belangrijke verandering voorgedaan. Bij aanvang van het onderzoek waren er nog geen cliënten in loondienst, terwijl er bij de laatste meting van het onderzoek zeven cliënten betaalde arbeid verrichtten (deze groep cliënten deden voordat ze betaald werk kregen vrijwilligerswerk of volgden een opleiding). Er is daarnaast een vrij grote groep cliënten die een 'andere' dagbesteding heeft, zoals zorg voor de huishouding, activiteiten en therapieën.

Onderzoek werk en dagbesteding van de cliënten aan de start van het onderzoek en de laatste meting van het onderzoek

	Start		Laatste meting	
Betaald werk	0 cliënten	0 %	7 cliënten	12 %
Vrijwilligerswerk regulier	8 cliënten	14 %	7 cliënten	12 %
Vrijwilligerswerk in GGZ-project	10 cliënten	17 %	8 cliënten	14 %
Opleiding	1 cliënten	2 %	0 cliënten	0 %
Geen geregelde dagbesteding	11 cliënten	19 %	9 cliënten	19 %
Anders	28 cliënten	5 %	25 cliënten	43 %

Bron: Swildens, W. 2001 Rehabilitatie hoe langer hoe beter Amsterdam: Uitgeverij SWP

• Kwaliteit van het leven

Er is onderzocht of rehabilitatie bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van het leven van cliënten. Veranderingen op dit gebied werden bij het begin en aan het eind van het

onderzoek bij cliënten gemeten aan de hand van een kwaliteit- van -levenvragenlijst (Kroon 1996). Deze zelfbeoordelinglijst bestaat uit 11 onderdelen, met vragen wat betreft de tevredenheid op het gebied van de woonsituatie, dagbesteding, lichamelijke gezondheid en hulpverlening. Cliënten konden elke vraag beantwoorden met een rapportcijfer tussen de één en de tien. Bij de start van het onderzoek beoordeelden de cliënten de kwaliteit van het leven met een zeven min. Van de onderzochte cliëntengroep was geen verandering zichtbaar in de kwaliteit van het leven. Aan het einde van het onderzoek bleef de beoordeling van het leven in het algemeen een zeven min. Wel was er een significant verschil tussen de groep cliënten die de hun rehabilitatie doelen (grotendeels) bereikt hadden en de groep die de doelen (nog) niet bereikt hadden. Bij de cliënten groep die het doel (grotendeels) bereikte, verbeterde in rapportcijfers uitgedrukt de gemiddelde kwaliteit van leven van 6,9 naar 7,2; bij de groep die het doel niet bereikte, daalde deze van 6,7 naar 6,4.

Bron: Droes, J. 2001 Rehabilitatie- effectenonderzoek: een inventarisatie, tijdschrift voor psychiatrie 43

- Functioneren

Er is onderzocht of het werken aan rehabilitatie invloed heeft op het functioneren van de cliënt. De verwachtingen van hulpverleners voorafgaande aan het onderzoek liepen uiteen. Een deel van de hulpverleners verwachtte dat het werken volgens de IRB zou leiden tot het beter functioneren van cliënten. Andere hulpverleners verwachtten geen verbeterd functioneren. Een deel verwachtte mogelijk negatieve effecten, zoals psychische terugval als gevolg van druk om vooruitgang te boeken.

Uit onderzoek blijkt dat een aantal cliënten tijdens de onderzoeksperiode een ernstige terugval hebben gehad. Bij veertien procent van de onderzoeksgroep zijn er één of meerdere psychische decompensaties voorgekomen. Dit percentage is overigens gelijk wanneer cliënten niet begeleid worden volgens de IRB. Cliënten en hun hulpverleners geven aan dat de psychische terugval door hen niet rechtstreeks gezien wordt als een oorzaak van de IRB. Over het algemeen wordt er gedurende een periode van een psychische terugval het werken aan rehabilitatie tijdelijk stopgezet vanwege de psychische toestand van de cliënt.

Een belangrijke positieve ontwikkeling op het gebied van het functioneren van de cliënten hangt samen met sociale relaties van de cliënt. Er is sprake van een verbetering met betrekking tot regelmatig bezoek ontvangen, brieven ontvangen en telefonisch contacten onderhouden. Op dit gebied draagt rehabilitatie bij aan het algemeen functioneren van de cliënten.

- Ervaring hulpverlening

Het onderzoek is ingegaan op de vraag hoe cliënten de hulpverlener ervaren in het rehabilitatieproces. Uit het onderzoek blijft dat cliënten over het algemeen zeer tevreden waren over de begeleidingswijze volgens de IRB. Cliënten gaven aan dat ze tevreden waren over het feit dat er diepgaand met hen gesproken was over wat zij zouden willen en wat daarvoor nodig zou zijn aan ondersteuning. De cliënten noemden het uitgebreid bespreken van hun wensen en het feit dat hun hulpverleners daar naar luisterden vrijwel altijd als een voordeel. Het verschil tussen de IRB en andere vormen van hulpverlening is volgens cliënten dat de begeleider dieper op de zaken in gaat en meer doorvraagt op de wensen van de cliënt. De werkwijze werd hierdoor als erg prettig ervaren. Daarnaast heeft de tevredenheid van de cliënten ook te maken met het resultaat van het rehabilitatieproces. Vijfenzeventig procent

van de cliënten is bij de laatste meting van het onderzoek tevreden over het contact met de begeleiding. Iets minder dan een vijfde is ontevreden over de gevoerde gesprekken of heeft hierover een gemengd oordeel. Ongeveer een derde van de cliënten had meer begeleidingstijd gewild. Het rehabilitatieproces in het algemeen is volgens twee derde van de cliënten naar tevredenheid verlopen.

Beoordeling cliënten over het rehabilitatieproces

Tevreden over:	Cliënten	Procenten
De gespreksvoering	43	75 %
De tijd die aan de cliënt is besteed	37	65 %
Het verloop van het rehabilitatieproces	35	61 %
Gemengd oordeel of ontevreden over:		
De gespreksvoering	10	18 %
De tijd die aan de cliënt is besteed	17	30 %
Het verloop van het rehabilitatieproces	15	26 %

Bron: Swildens, W. 2001 Rehabilitatie hoe langer hoe beter Amsterdam: Uitgeverij SWP

3.3.3. Conclusie

Het werken aan rehabilitatie heeft veel positieve uitkomsten voor cliënten. Het merendeel van de cliënten en hulpverleners is tevreden over het rehabilitatieproces. Cliënten hebben het gevoel dat er serieus en diepgaand aan hun toekomstwensen wordt gewerkt. De meeste cliënten hebben meer inzicht gekregen in hun doelen en wat er voor nodig is om deze doelen te bereiken. Meer dan de helft van de cliënten heeft zijn doelen gerealiseerd of gedeeltelijk bereikt. Cliënten die hun doelen bereikt hebben, ervaren een significante verbetering in hun kwaliteit van leven ten opzichte van de cliëntengroep die de doelen (nog) niet gerealiseerd heeft.

Cliënten ervaren over het algemeen minder problemen op het gebied van wonen, dagbesteding en sociale contacten. Dit terwijl uit het onderzoek ook blijkt dat cliënten niet of nauwelijks verbeterd zijn in hun ADL- en hun psychosociale functioneren. De rehabilitatie heeft alleen effect gehad op de zorggebieden waarop er gericht is. Een groot deel van de cliënten en hulpverleners zijn echter wel van mening dat de rehabilitatie een positieve bijdrage heeft geleverd aan het verkrijgen van inzicht in de doelen en het realiseren daarvan.

3.4. Interview psycholoog GGZ Beilen

3.4.1 Inleiding:

In de voorafgaande hoofdstukken en de daarbij behorende paragrafen hebben wij ons gericht op een literatuuronderzoek over rehabilitatie bij chronisch psychiatrische cliënten. Om een compleet beeld te kunnen schetsen wilden wij graag de rehabilitatie ook vanuit de praktijk belichten. We hebben mevr. Els Luijten GZ Psycholoog te Beilen hiervoor benaderd. Mevr. Luijten was bereid om onze vragen in een interview te beantwoorden. Door middel van het interview wilden we graag antwoord krijgen op kritische vragen die we bij de literatuur geplaatst hadden. Daarnaast leefden er bij ons nog enkele andere vragen over de toepasbaarheid van rehabilitatie in de praktijk. Op 14 maart 2008 hebben we een interview afgenomen bij mevr. Luijten GZ Psycholoog te Beilen.

3.4.2 Interview

Kunt u iets vertellen over u functie bij de GGZ?

Mevr. Luijten is werkzaam als GZ psycholoog bij de rehabilitatieafdeling van de GGZ te Beilen. Bij de afdeling in Beilen is mevr. Luijten nog maar een relatief korte periode werkzaam. Haar vorige functie was bij de GGZ te Assen op een afdeling voor patiënten met een psychotische stoornis. De rehabilitatieafdeling in Beilen biedt 54 bedden voor patiënten. De duur van de behandeling bij de rehabilitatieafdeling is "zo kort als mogelijk en zo lang als wenselijk". De patiënten die op de rehabilitatieafdeling komen, zijn patiënten die al een langere periode geconfronteerd zijn met hun psychiatrische aandoening. Hierdoor is de ergste "hectiek" rondom het ziek zijn voorbij.

Vanaf het moment dat patiënten binnen komen voor een intakegesprek, is de behandeling gericht op rehabilitatie. Mevr. Luijten voert samen met een collega de intakegesprekken.

In de intakegesprekken is aandacht voor de wensen en behoeften van de patiënt zoals passend is binnen de rehabilitatiebenadering. De rehabilitatiegebieden (wonen, sociale contacten en dagbesteding) komen uitgebreid aan de orde. Het intakegesprek vormt de basis voor het behandelplan. In samenspraak met de patiënten stelt mevr. Luijten het behandelplan op.

Een vraag die wij aan mevr. Luijten stelden was of een patiënt altijd een wens of een doel heeft. Mevr. Luijten vertelde dat haar ervaring is dat patiënten altijd nog wel iets willen. Die wens wordt als uitgangspunt genomen binnen de behandeling/ begeleiding.

Mevr. Luijten vertelde dat het soms gebeurt dat een patiënt op een bepaald levengebied (tijdelijk) geen doel/ wens heeft. Ze gaf aan dat dit onderdeel van het proces van de patiënt is. Wanneer een cliënt op een bepaald gebied (tijdelijk) geen doel(en) meer heeft, wordt dit opgenomen in het behandelplan. Mevr. Luijten gaf aan dat het van belang is dat die levensgebieden niet "vergeten" worden. Het is noodzakelijk om regelmatig, tijdens een evaluatie bijvoorbeeld, met een patiënt te bespreken of er inmiddels wel een vraag/doel is ontstaan.

Wat betreft het stellen van doelen geeft mevr. Luijten aan dat het stellen van goede, realistische doelen van belang is. Wanneer er een onvoldoende concreet doel gesteld wordt, zal dit effect hebben op het resultaat van het doel. Deskundigheid van personeel vindt mevr. Luijten daarom ook van wezenlijk belang om rehabilitatie tot stand te laten komen. De meeste medewerkers (verpleegkundigen) die werkzaam zijn bij de rehabilitatieafdeling hebben een cursus gevolgd over de individuele rehabilitatie benadering.

Mevr. Luijten vertelt dat zij zelf cursussen geeft over rehabilitatie. Dit doet zij vanuit haar functie bij stichting rehabilitatie '92. Naast haar werk als GZ psycholoog is mevr. Luijten enkele uren per week werkzaam voor deze organisatie. Via Rehabilitatie '92 verzorgt zij trainingen en scholingsdagen over rehabilitatie voor professionals.

Welke (omgeving)factoren zijn er nodig om rehabilitatie tot stand te laten komen?

Mevr. Luijten geeft aan dat deskundigheid van medewerkers op het gebied van rehabilitatie noodzakelijk is om rehabilitatie tot stand te laten komen. Ze vertelt dat het merkbaar is dat op de rehabilitatieafdeling in Beilen al een langere tijd gewerkt wordt volgens de IRB. De medewerkers zijn volledig ingespeeld op het werken volgens de IRB. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in de patiëntbejegening; medewerkers geven consequent de verantwoordelijkheid terug aan de patiënt.

In het tot stand brengen van rehabilitatie is het belangrijk dat de omgeving van de cliënt gericht is op rehabilitatie. Op het moment dat de omgeving rehabilitatie belemmert, wordt het moeilijk om een goed rehabilitatietraject tot stand te laten komen.

Mevr. Luijten vertelt dat de milieurehabilitatie richtlijnen geeft voor het creëren van een goede rehabilitatieomgeving gecreëerd. Op onze vraag of milieurehabilitatie niet onder een andere stroming

behoort dan de IRB, vertelde mevr. Luijten dat de milieurehabilitatie heel goed toegepast kan worden binnen de IRB. Hierdoor wil ze milieurehabilitatie niet direct bestempelen als een andere stroming.

Wanneer is er sprake van een chronisch psychiatrische cliënt?

Nadat we onze vraag stelden, gaf mevr. Luijten aan dat zij "moeite" heeft met de term chronisch psychiatrisch patiënt. Ze vertelt dat er bij een aantal psychiatrische stoornissen zoals ernstige bipolaire stoornis, depressie stoornis of persoonlijkheidsstoornis vaak al vanaf dag één, nadat de diagnose gesteld is, duidelijk is dat het om een chronische aandoening gaat. Ze noemt als voorbeeld een patiënt die op negentienjarige leeftijd binnenkomt voor onderzoek. Wanneer hij negentien en een half is wordt geconstateerd dat hij lijdt aan schizofrenie, dan kan er ook direct geconstateerd worden dat het gaat om een chronische aandoening, want schizofrenie gaat niet nooit weer "over".

Mevr. Luijten vertelt dat ze vooral moeite heeft met de term chronisch psychiatrische patiënt doordat er binnen de GGZ een lange tijd een tweedeling is geweest in behandeltraject, het zogeheten "korte en lange circuit". De nadruk lag voornamelijk op de behandeling, kort nadat de aandoening geconstateerd was ("korte circuit"). Na jaren van behandeling stroomde de patiënt veelal door naar het "lange circuit". Door deze opzet gingen de meeste financiële middelen naar het "korte circuit". Hierdoor waren er minder mogelijkheden in het "lange circuit", terwijl mevr. Luijten meermalen heeft ervaren dat patiënten op het moment dat hun leven in een rustiger vaarwater komt, weer wensen/doelenstellingen gaat ontwikkelen,.

Welke plaats heeft het ziektebeeld binnen de rehabilitatiebehandeling?

Bij de rehabilitatiebenadering krijgt het ziektebeeld geen "directe" plaats binnen de behandeling. Mevr. Luijten vertelt dat ze in de behandeling wel haar kennis op het gebied van psychopathologie meeneemt, dit omdat er uit de psychiatrische aandoening beperkingen voortkomen. Om met een patiënt realistische doelen te stellen is het van belang dat er rekening wordt gehouden met de functionele beperkingen van de patiënt.

Zijn er contra indicaties voor deelname aan de rehabilitatiebehandeling?

Mevr. Luijten vertelt dat de rehabilitatie door drie uitgangspunten gestalte krijgt; door visie, attitude en door het gebruik van de rehabilitatiemethodiek. Rehabilitatie kan te allen tijde vanuit de visie en attitude toegepast worden, maar niet altijd vanuit de methodiek. Rehabilitatie kan toegepast worden op het moment dat een patiënt een vraag heeft, op het moment dat er geen vraag is kan er ook niet gewerkt worden vanuit de rehabilitatiemethodiek.

Wat zijn aandachtspunten voor de begeleiding binnen de rehabilitatiebehandeling?

Mevr. Luijten geeft aan dat het van belang is om te beseffen dat een traject van een patiënt niet alleen maar rehabilitatiegericht kan zijn. In een traject van patiënten zijn er vaak ook andere zaken noodzakelijk voor het welbevinden van een patiënt, zoals het geven van woonbegeleiding en behandeling. Medicatie uitdelen is daar een voorbeeld van, voor een patiënt kan het effectief zijn dat zijn medicatie per keer aan hem uitgedeeld wordt, maar dat heeft niets te maken met rehabilitatie.

Mevr. Luijten vertelt dat bij iedere interventie het uitgangspunt wel herstelgericht kan zijn, maar dat dit herstel op verschillende manier bewerkstelligd kan worden. De ene keer is rehabilitatie effectief, de andere keer behandeling of een crisisinterventie. Het gaat erom dat alle interventies in dienst van het herstel worden geplaatst.

Wat maakt dat rehabilitatie effectief is?

Bij rehabilitatie kan er gesteld worden; "je krijgt wat je doet". Door aan doelen te werken worden er doelen bereikt, wanneer er geen doelen gesteld worden gebeurt er niets.

Het stellen van goede methodische doelen is van groot belang op het effect van rehabilitatie, hoe beter het doel is gesteld, hoe beter de resultaten zijn.

Op het moment dat een doel met "de franse slag" gesteld is, zullen de resultaten dit weergeven. Mevr. Luijten geeft aan dat zij het daarom erg belangrijk vindt dat rehabilitatie niet halfslachtig uitgevoerd wordt. Een visie en goede bejegening vanuit de rehabilitatie is "mooi" maar daarmee worden nog geen doelen gerealiseerd.

Mevr. Luijten vertelt dat ze dit vaak ziet binnen de maatschappelijke opvang; de insteek is goed, maar uiteindelijk komt de rehabilitatie niet van de grond omdat de doelen niet voldoende methodisch gesteld worden. Op onze vraag wat zij hierin zou adviseren, geeft mevr. Luijten aan dat dit afhankelijk is van de mogelijkheden van de organisatie. Medewerkers goed scholen op het gebied van rehabilitatie zou erg mooi zijn, maar hieraan zijn uiteraard wel kosten verbonden. Het is ook een mogelijkheid om cliënten door te verwijzen naar een organisatie die wel geschoold is op het gebied van rehabilitatie. Om die doorverwijzing te kunnen maken is het wel noodzakelijk dat de vraag van de cliënt gehoord wordt. Een cliënt kan bijvoorbeeld vaak aangeven dat hij hoofdpijn heeft. Het is dan goed om te onderzoeken welke vraag er achter de hoofdpijnklacht schuil gaat. In veel gevallen wordt de vraag van de cliënt niet gehoord. Mevr. Luijten geeft aan dat ze daarom ook blij is dat rehabilitatie steeds meer in de belangstelling komt te staan ook bij opleidingsinstituten. De Hanzehogeschool biedt o.a. sinds kort een module aan die gaat over rehabilitatie.

Vindt u de rehabilitatiemethodiek passend binnen de maatschappelijke opvang?

Rehabilitatie is erg passend binnen de maatschappelijke opvang in de optiek van mevr. Luijten. Cliënten die binnen de maatschappelijke opvang komen, zijn immers alles kwijt geraakt wat ze ooit hadden. Het is voor deze groep belangrijk om weer sociale rollen op te pakken. Wanneer cliënten echter binnen komen bij de maatschappelijke opvang en zodoende één keer onderdak hebben, bestaat het gevaar dat dit voldoende wordt geacht voor de cliënt. De eerste levensbehoefte is in principe nodig om rehabilitatie tot stand te laten komen, maar daarna moet er wel verder gekeken worden als dat.

Graag wilden wij ook nog weten of cliënten motiveert moeten zijn om deel te kunnen nemen aan rehabilitatie. Mevr. Luijten zegt dat motivatie haar niets zegt. Ze vertelt dat ze regelmatig in de praktijk hoort: "De cliënt is niet gemotiveerd.". Mevr. Luijten geeft aan dat ze dan graag wil weten wat dat is: "Is een cliënt bang of doet hij moeilijk etc." Dat zijn factoren die mee kunnen spelen. Haar ervaring is dat er heel weinig cliënten zijn die echt zeggen "Ik wil helemaal niks meer, laat mij maar lekker zitten." Soms gebeurt het ook wel dat een cliënt nog even geen doel wil, het is belangrijk dat een dergelijke cliënt niet uit het oog verloren wordt. Een begeleider kan een cliënt ook prikkelen om tot rehabilitatie te komen. Op de rehabilitatieafdeling wordt er gewerkt met levensboeken. In een levensboek kan een cliënt zijn levenverhaal tot uiting brengen. Door met een cliënt hiermee aan de slag te gaan, wordt de cliënt geprikkeld, door het vertellen van zijn levenverhaal wordt hij immers weer "iemand". Mevr. Luijten stelt dat dit geen rehabilitatie is, maar dat het kan helpen om tot rehabilitatie te komen.

3.4.3. Conclusie

Mevr. Luijten hebben we ervaren als iemand die enthousiast is over de rehabilitatiemethodiek maar reëel is in de mogelijkheden en beperkingen die er zijn bij psychiatrische cliënten en de rehabilitatiemethodiek. Het gesprek met mevr. Luijten riep ook herkenning bij ons op, we bemerkten dat we inmiddels een basiskennis over rehabilitatie hebben verworven. Artikelen en boeken die mevr. Luijten aanhaalden waren ons niet onbekend. Het interview heeft gebracht wat wij er gehoopt hadden; een verdieping met betrekking tot rehabilitatie in de praktijk.

4 I CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

4.1. Inleiding

In de afgelopen periode hebben wij ons bezig gehouden met het essay ten behoeve van ons afstuderen als maatschappelijk werker aan hogeschool Windesheim te Zwolle. De aanleiding van het essay is gelegen in het feit dat cliënten met een psychiatrische aandoening steeds meer tot: de primaire doelgroep van de maatschappelijke opvang behoren. Dit komt voort uit de ontwikkeling die momenteel plaatsvindt binnen de AWBZ. De regering heeft besloten dat per januari 2009 de grondslag psychosociaal binnen de AWBZ komt te vervallen (*macroniveau*). Dit betekent dat de diagnostisering steeds een belangrijkere plaats in de maatschappelijke opvang krijgt (*mesoniveau*). Het gevolg hiervan is dat er een doelgroep verschuiving plaats van cliënten met een psychosociale grondslag naar een doelgroep met een psychiatrische grondslag (*microniveau*). Deze doelgroepverschuiving heeft invloed op de wijze waarop er begeleiding wordt geboden aan cliënten binnen de maatschappelijke opvang.

De onderzoeksvraag die hieruit is afgeleidt is als volgt:

"Op welke wijze kan rehabilitatie tot stand gebracht worden bij chronisch psychiatrische cliënten binnen een maatschappelijke opvang? "

Binnen de maatschappelijke opvang wordt er steeds meer hulpverlening geboden aan cliënten met een psychiatrische aandoening. De begeleiding van deze cliënten is van langdurige aard. In de begeleiding aan chronisch psychiatrische cliënten neemt rehabilitatie een steeds belangrijkere plaats in. Momenteel wordt er in Nederland door vijfenveertig hulpverleningsinstellingen gewerkt volgens de rehabilitatiemethodiek.

Door middel van een werkveldonderzoek en een theoretisch literatuuronderzoek hebben we zicht gekregen op de betekenis van rehabilitatie voor chronisch psychiatrische cliënten binnen de maatschappelijke opvang.

In dit slothoofdstuk beogen we antwoord te geven op de probleemstelling en de daaruit voortvloeiende deelvragen:

- I. Welke psychiatrische ziektebeelden zijn het meest voorkomend binnen de maatschappelijke opvang?
- II. Wat kan rehabilitatie chronisch psychiatrische cliënten bieden?
- III. Op welke wijze kan rehabilitatie geïntegreerd worden binnen de begeleiding met chronisch psychiatrische cliënten?

In dit hoofdstuk zullen we onze bevindingen weergeven. In de volgende paragraaf wordt de conclusie van dit essay beschreven. Vervolgens komt onze eigen visie in paragraaf 4.3. aan de orde. Ten slotte worden onze aanbevelingen in paragraaf 4.4. weergegeven.

4.2. Conclusie

In de conclusie worden twee kanten belicht, namelijk de productkant en de proceskant van dit essay. Allereerst wordt de productconclusie belicht, hierin zal er vanuit een theoretische beschouwing antwoord worden gegeven op de geformuleerde deelvragen. Vervolgens zal er in de procesconclusie in kaart worden gebracht hoe het essay tot stand is gekomen.

4.2.1. Productconclusie

In de productconclusie wordt er puntsgewijs antwoord geven op de deelvragen:

- I. Welke psychiatrische ziektebeelden zijn het meest voorkomend binnen de maatschappelijke opvang?

De woonvoorzieningen van het Leger des Heils te Emmen en Stichting Limor te Dedemsvaart richten zich op een doelgroep waarbij de primaire problematiek veroorzaakt wordt door een psychiatrische aandoening. De psychiatrische aandoening en de hieruit voortvloeiende complexiteit van de cliënten vereist de nodige kennis van hulpverleners ten aanzien van de verschillende psychiatrische ziektebeelden. Psychiatrische ziektebeelden vragen een specifieke benadering van de hulpverlener. Om deze reden is het noodzakelijk om kennis te hebben van de voorkomende psychiatrische ziektebeelden in de woonvoorzieningen. Deze deskundigheid helpt om een passend rehabilitatietraject uit te zetten, waarbij rekening gehouden wordt met de functiebeperkingen van de cliënten. Het is hierbij belangrijk om te stellen dat een psychiatrisch ziektebeeld niet als uitgangspunt geldt binnen de rehabilitatiemethodiek.

Uit het werkveldonderzoek is gebleken dat er een grote verscheidenheid aan diagnoses voorkomt binnen de woonvoorzieningen. Deze diagnoses hebben wij onderverdeeld in de volgende clusters: stemmingsstoornis, conversiestoornis, verslavingsproblematiek, psychotische stoornissen en disfunctionele persoonlijkheidsstoornissen. Voor een specificatie zie hoofdstuk 1. Aan de hand van deze onderverdeling hebben wij een literatuuronderzoek verricht. In het literatuuronderzoek hebben we aandacht besteed aan de theoretische achtergrond van de ziektebeelden, met als doelstelling een breed overzicht te creëren waarin de theorieën en de behandelmethoden van de verschillende ziektebeelden in kaart zijn gebracht.

- II. Wat kan rehabilitatie chronisch psychiatrische cliënten bieden?

Rehabilitatie krijgt een steeds belangrijkere plaats binnen de hulpverlening aan chronisch psychiatrische cliënten. Rehabilitatie richt zich voornamelijk op langdurig zorgafhankelijke cliënten die door een psychiatrische stoornis, beperkingen hebben in het functioneren. Het doel van rehabilitatie is cliënten ondersteunen bij herstel van hun functioneren in sociale rollen op verschillende gebieden van het dagelijks leven. In dit herstel staan de eigen verwachtingen, wensen en waarden van de cliënt centraal. De hulpverlener ondersteunt de cliënt om zijn eigen wensen en behoeften terug te vinden. Dit maakt dat cliënten niet alleen worden gezien als een persoon met beperkingen maar als een volwaardig mens. De rehabilitatiemethodiek biedt cliënten de mogelijkheid om vaardigheden te ontwikkelen om zo zelfstandig mogelijk deel te kunnen nemen aan de maatschappij.

Naar onze mening sluit de rehabilitatie om deze reden goed aan bij de kern van het maatschappelijk werk, namelijk het ondersteunen en begeleiden van cliënten om hen naar eigen inzicht, zo zelfstandig mogelijk deel te laten nemen aan de maatschappij.

III. Op welke wijze kan rehabilitatie geïntegreerd worden binnen de begeleiding met chronisch psychiatrische cliënten?

Deskundigheid van de hulpverlener is het sleutelwoord bij het tot stand brengen van rehabilitatie bij chronisch psychiatrische cliënten. Voor deze deskundigheid is theoretische onderlegging van de rehabilitatiemethodiek noodzakelijk. Deze onderlegging krijgt gestalte door drie dimensies in de hulpverlening; methodiek, visie en attitude. In de dimensie methodiek hebben we inzicht gekregen door de drie verschillende stromingen van de rehabilitatiemethodiek te analyseren. We hebben de individuele rehabilitatiemethodiek, de libermanmodules en de systeemgerichte rehabilitatiebenadering in hoofdstuk 2 belicht.

Theoretische kennis is echter niet voldoende om rehabilitatie tot stand te kunnen brengen. Om rehabilitatie toe te kunnen passen is het noodzakelijk dat de hulpverlener de rehabilitatiemethodiek eigen maakt. Het is hierbij van belang dat rehabilitatiegericht werken in de beroepshouding van de hulpverlener besloten ligt. Rehabilitatie is een filosofie, een manier van denken over en omgaan met mensen met psychiatrische en psychosociale problemen. Vanuit deze oorsprong dient de hulpverlener cliënten te benaderen. Het is hierbij van belang dat de omgeving van de cliënt rehabilitatiegericht is. Dit betekent dat rehabilitatie niet slechts door één medewerker gedragen wordt, maar door de gehele organisatie.

Het succes van rehabilitatie is afhankelijk van de wijze waarop de rehabilitatiemethodiek geïmplementeerd is binnen de organisatie. Een gefaseerd begeleidingsplan en methodisch onderlegde doelen zijn hierbij onmisbaar. Wanneer doelen niet methodisch onderlegt zijn, zal het succes van de rehabilitatiemethodiek uitblijven. Rehabilitatie staat of valt met het stellen van methodische doelen die aansluiten bij de wens van de cliënt.

4.2.2. Procesconclusie

In de procesconclusie blikken we terug op de afgelopen periode, een periode waarin wij ons intensief verdiept hebben in rehabilitatie bij chronisch psychiatrische cliënten. Het was een periode waarin het ontwikkelen van onze professionaliteit en deskundigheid centraal stond.

We hebben het proces als erg leerzaam ervaren. In de eerste fase van het essay hebben we ons gericht op het werkveldonderzoek en het bestuderen van de theorie over psychiatrische ziektebeelden. De herkenning die wij vonden in deze theorie maakte ons enthousiast omdat we een duidelijke link konden leggen naar praktijksituaties zoals ook beschreven is in de praktijkvoorbeelden van hoofdstuk 1.

Voorafgaande aan het essay hadden we een gedegen kennis over rehabilitatie, maar tot onze verbazing wist rehabilitatie ons toch te verrassen. We zijn verrast door de nieuwe inzichten en de verbreding van onze visie op rehabilitatie. We vonden het belangrijk dat de kennis van rehabilitatie niet alleen gebaseerd zou zijn op literatuurstudie. Graag wilden we in contact treden met rehabilitatiedeskundigen, dit hebben we gedaan door middel van een symposium en een interviewgesprek.

Het symposium "behandeling en rehabilitatie in de langdurige zorg" wat plaatsvond op 6 maart 2008 wakkerde ons enthousiasme over rehabilitatie verder aan. Op het symposium waren diverse sprekers, die gespecialiseerd zijn op het gebied van rehabilitatie(ontwikkeling). We vonden het uiterst interessant om deelgenoot te mogen zijn van de kennis en ervaring van deze deskundigen. Daarnaast zijn we deze dag in aanraking gekomen met professionals van andere organisaties. Het was een leerzame ervaring om met hen in gesprek te gaan en te discussiëren over rehabilitatie. In bijlage 4 geven we een beschrijving van het symposium.

Het interviewgesprek met mevr. Luijten, GZ psycholoog te Beilen, was voor ons erg verhelderend. Ondanks onze positieve kijk op rehabilitatie hadden we een aantal kritische noten geplaatst bij de toepasbaarheid van rehabilitatie in de praktijk. In het gesprek met mevr. Luijten hebben we antwoord gekregen op onze kritische vragen, waardoor we in staat waren een compleet beeld te vormen van de praktische toepasbaarheid van rehabilitatie binnen de maatschappelijke opvang. Met dit gesprek vielen voor ons de laatste puzzelstukjes ten aanzien van rehabilitatie op zijn plaats.

43. Visie

Binnen de werkzaamheden bij Stichting Limor en het Leger des Heils hebben we te maken met de zwakkeren en kwetsbaren mensen van onze samenleving. Mensen kunnen kwetsbaar worden door een samenspel van biologische en sociaal-culturele factoren. Deze factoren spelen een rol bij de huidige maatschappelijke positie van cliënten. Binnen ons werkveld is te zien, dat cliënten veelal vast zijn gelopen in hun maatschappelijke rollen in de directe sociale omgeving en de algemene burgerrollen.

In ons werk, als maatschappelijk werker in opleiding, nemen we de beroepscode met ons mee. De centrale norm is dat de maatschappelijk werker het tot recht komen van cliënten in wisselwerking met zijn omgeving bevordert. Onze ervaring is dat dit bij onze cliëntpopulatie soms moeilijk te bewerkstelligen is door de achtergrond en problematiek van cliënten.

Rehabilitatie is een methodiek die voor ons helpend is om de centrale norm van het maatschappelijk werk na te (kunnen) streven. Rehabilitatie is immers gericht op maatschappelijke (re) integratie van cliënten. Daarnaast leren cliënten doormiddel van rehabilitatie dat zij volwaardig mens zijn en de focus te leggen op de mogelijkheden en wensen in plaats van op de beperkingen.

Ook wordt de ethiek bij de rehabilitatiemethodiek in ogenschouw genomen, het is helpend in het vormen van een mensvisie en in de bejegening. De rehabilitatiemethodiek heeft ons ervan bewust gemaakt hoe belangrijk het is om te kijken naar de draagkracht van cliënten en de cliënt te zien (en te benaderen) als volwaardig mens. De rehabilitatie leert dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor de feiten (mogelijkheden en beperkingen), het sociaal functioneren van cliënten maar ook dat het belangrijk is om stil te staan bij de waarde van de maatschappelijk werker. De rehabilitatiemethodiek is helpend voor maatschappelijk werkers om de centrale waarde van het maatschappelijk werk te volgen en hun werk te legitimeren.

4.4. Aanbevelingen

Tegen de achtergrond van bovenstaande conclusies zijn wij gekomen tot een aantal aanbevelingen. De aanbevelingen zijn gericht op de implementatie van de rehabilitatiemethodiek binnen de maatschappelijke opvang. Maar wat is implementatie?

Wij hanteren de volgende definitie: "Implementatie is een procesmatige en planmatige uitvoering van vernieuwingen en of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg in de praktijk van alledag."³

De aanbevelingen zijn gericht op:

I. De implementatie van rehabilitatie binnen de maatschappelijke opvang

De implementatie van de rehabilitatiemethodiek binnen de maatschappelijke opvang heeft zowel betrekking op de organisatie als op de vakinhoudelijke aspecten van de hulpverlener in de organisatie. We zullen allereerst ingaan op de organisatorische aspecten bij de implementatie van de rehabilitatiemethodiek binnen de maatschappelijke opvang. Het is belangrijk dat de rehabilitatiemethodiek aansluit bij de missie van de organisatie. De implementatie heeft meer kans van slagen wanneer de waarden van de organisatie congruent zijn met de rehabilitatie waarden. Het is van belang dat de rehabilitatie in alle lagen van de organisatie geïmplementeerd wordt. Rehabilitatie op de werkvloer is niet mogelijk zonder steun van ondermeer de Raad van Bestuur, de regiomanagers en de beleidsmedewerkers van de organisatie. Het is belangrijk dat de visie en de methodiek verankerd zijn in het begeleidingsplan en de procedures zodat ze structureel onderdeel van het werk zijn. Wij vinden het aanbevelingswaardig dat er in de organisatie al vanaf het intakegesprek aandacht besteed wordt aan de wensen en behoeften van de cliënt. Daarnaast is het van belang dat de cliënt al in het begintraject geïnformeerd wordt over rehabilitatie. Om dit te realiseren is het noodzakelijk dat de voorlichting- en intakeprocedures hierop toegespitst worden. *Voor een nadere omschrijving hoofdstuk 3, toegang rehabilitatie.* Kortom; om rehabilitatie gestalte te geven is het noodzakelijk dat de rehabilitatiemethodiek verankerd is in alle facetten van de organisatie.

II. Deskundigheid hulpverleners

De implementatie van de rehabilitatiemethodiek heeft ook betrekking op de vakinhoudelijke aspecten van de hulpverlener binnen de organisatie. De deskundigheid van hulpverleners is van groot belang om rehabilitatie tot stand te laten komen. Deze deskundigheid begint bij rehabilitatiescholing van de hulpverleners. Wij achten het van belang dat de scholingstrajecten aangepast worden aan de functie- en taakomschrijving van de medewerkers binnen de organisatie. Om de kosten van de scholingstrajecten te drukken, is het aanbevelingswaardig om een interne rehabilitatiedocent aan te stellen.

Opleiding alleen is natuurlijk niet genoeg om de rehabilitatiemethodiek te implementeren. Regelmatige en structurele werkbegeleiding op het gebied van rehabilitatie is van groot belang. Dit stimuleert hulpverleners en ondersteunt hen in het rehabilitatiegericht werken. Werkbegeleiding is te realiseren door in elk team een rehabilitatiedeskundige aan te stellen. Deze deskundige kan de rehabilitatievisie waiarborgen. De interne rehabilitatiedocent heeft hierin een ondersteunende rol. Het is van belang om het thema rehabilitatie permanent onder de aandacht te houden, waardoor er een gecontinueerd proces van kwaliteitsverbetering op het gebied van rehabilitatie kan ontstaan.

³ Bron: Rehabilitatie: dat is toch normaal?! F. van der Kar (2003)

III. Rehabilitatie in het maatschappelijk werk

Zoals gesteld sluit de rehabilitatievisie naadloos aan bij de kern van het maatschappelijk werk, namelijk het ondersteunen en begeleiden van cliënten om hen naar eigen inzicht, zo zelfstandig mogelijk deel te laten nemen aan de maatschappij. Om deze reden pleiten wij en/oor dat de rehabilitatiemethodiek geïntegreerd wordt binnen de opleiding maatschappelijk werk. Rehabilitatie is een werkwijze die binnen het maatschappelijk werk op veel gebieden, met veel doelgroepen en in veel werkzettingen toepasbaar is. De rehabilitatiemethodiek leent zich voor verschillende doelgroepen van het maatschappelijk werk, namelijk mensen met fysieke beperkingen, psychiatrische beperkingen, verslavingsproblematiek, een lichte mate van verstandelijke beperking, niet aangeboren hersenletsel of autisme spectrum stoornis. De rehabilitatiemethodiek is een veelzijdige methodiek. De veelzijdigheid is gelegen in het feit dat rehabilitatie naast methodische uitgangspunten, een bijdrage levert aan de visieontwikkeling en de beroepshouding van de maatschappelijk werker. Naar onze mening is de rehabilitatiemethodiek een grote meerwaarde voor het maatschappelijk werk.

4.5. Slotwoord

In dit essay stond rehabilitatie bij chronische psychiatrische cliënten centraal. In de afgelopen periode hebben wij ons met grote interesse verdiept in deze materie. Wij zijn van mening dat rehabilitatie passend is binnen het huidige tijdperk. Het is een tijdperk waarin het politieke klimaat accent legt op maatschappelijke participatie. Het nemen van eigen verantwoordelijkheid en deelname aan de samenleving staat hierbij centraal. Rehabilitatie levert een bijdrage aan het bewerkstelligen van deze uitgangspunten en is gericht op maatschappelijke (re-)integratie. Op deze wijze verwerven chronisch psychiatrische cliënten een volwaardige plaats binnen de maatschappij.

Tot slot kunnen we stellen: "Rehabilitatie draagt bij aan het tot hun recht komen van chronisch psychiatrische cliënten in onze samenleving".

BEGRIPSBEPALINGEN

AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
GGZ	Geestelijke Gezondheids Zorg
IRB	Individuele rehabilitatie benadering
SRH	Systematisch rehabilitatiegericht handelen

BRONVERMELDING

Literatuurlijst boeken

- American Psychiatric association, (2004) *DSM-IV Case Boek* (derde druk) Lisse: Swets & Zeitlinger Publisher
- American Psychiatric association, (2002) *DSM- IVPatiëntenzorg* (tweede druk) Lisse: Swets & Zeitlinger Publisher
- Baarda, D.B. (2001) *Basisboek voor kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (tweede druk) Groningen: Wolters - Nordhoff
- Beek, H e.a. (2007) *Buitgewoon werk* (eerste druk) Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Bootsma, J. (2004) *Maatschappelijk werk in model* (tweede druk) Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Hengeveld, M.W. (2006) *Leerboek Psychiatrie* (eerste druk, derde oplage) Utrecht: De tijdstroom uitgeverij
- Janssen, J.H.G. (2005) *De nieuwe code gedecodeerd* (vijfde druk) Baarn: HB uitgevers.
- Jagt, N. (2006) *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker* (eerste druk) Utrecht: drukkerij Anraad
- Kaasenbrood e.a. (red) (2004) *Dilemma 's in de psychiatrische praktijk* (eerste druk) Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Kar. F e.a. (2003) *Rehabilitatie dat is toch normaal?!* (eerste druk) Assen: Koninklijke Van Gorcum
- Nuy, M. (2000) *Individuele rehabilitatie benadering* (eerste druk) Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Nuy, M. (2007) *Rehabilitatie* (derde druk) Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Pieters, G. (1995) *Rehabilitatie van de chronische psychiatrische patiënt* (eerste druk) Appeldoorn: Garant uitgevers n.v.
- Ras, H.J.C. (2001) *Wegwijs in de psychiatrie* (zesde druk) Amsterdam: Boom
- Reedijk, J.S. (2005) *Psychiatrie* (achtste druk) Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Reedijk, J.S. (1998) *Psychische problemen* (eerste druk) Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Regionale Werkgroep Rehabilitatie (2001) *Module rehabilitatie*, Midden-Westelijk Utrecht
- Steehouder, M. (1999) *Leren communiceren: Handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie* (vierde druk) Groningen: Wolters - Nordhoff
- Swildens, W. (2001) *Rehabilitatie hoe langer hoe beter* (eerste druk) Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Vandereycken, W. (2004) *Psychiatrie* (tweede druk) Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Literatuur vaktijdschriften

- Cuijpers, P. (2005) *Hoe ontstaat een depressie?* Informatiekrant over depressie, (Nationale dag geestelijke volksgezondheid, 10 oktober 2005)
- Droes, J. (2001) *Rehabilitatie- effectenonderzoek: een inventarisatie* Vaktijdschrift voor psychiatrie (nummer 43)
- Droes, J. (2007) *Is rehabilitatie behandeling?* Vaktijdschrift voor rehabilitatie (nummer 4, december 2007)

Marsman, N. (2007) *Wereld rehabilitatiecongres*, tijdschrift Maatwerk 2.
Meulen, van der, H. (2006) *Het implementatieproces van een rehabilitatiegerichte methodiek*, tijdschrift Passage 4.
Swildens, W.E. e.a. (2003) *Individuele rehabilitatie voor chronisch psychiatrische patiënten: een open onderzoek*, Vaktijdschrift voor de psychiatrie (nummer 45)

Praktijkbronnen

Huisjes, G. Divisiehoofd Limor Overijssel, *consultatie*
.....A, Afdelingsmanager Leger des Heils Emmen, *consultatie*
Luijten, E. GGZ psycholoog te Beilen, *interview*, 14 maart 2008.
Rouweler, S. GGZ psycholoog te Assen, *consultatie*

Symposium

Behandeling en rehabilitatie in de langdurige zorg, donderdag 6 maart 2008, locatie te Zuidlaren. Axenza Lentis specialistische zorg
Publieke bijeenkomst over depressie, woensdag 5 maart 2008, locatie te Emmen.
Fonds psychische gezondheid/ GGZ Drenthe

BIJLAGEN

- Bijlage 1** Operationalisering begrippen
- Bijlage 2** Artikel Droes, J. (2001) Rehabilitatie- effectenonderzoek: een inventarisatie, tijdschrift voor psychiatrie 43.
- Bijlage 3** Artikel Swildens, W.E. e.a. (2003) Individuele rehabilitatie voor chronisch psychiatrische patiënten: een open onderzoek, tijdschrift voor de psychiatrie 45.
- Bijlage 4** Symposium behandeling en rehabilitatie in de langdurige zorg.

BIJLAGE 1

BIJLAGE 1

In deze bijlage zal een aantal begrippen van de probleemstelling ter verheldering worden geoperationaliseerd.

" Op welke wijze kan rehabilitatie tot stand gebracht worden bij chronisch psychiatrische cliënten binnen een maatschappelijke opvang?

Operationalisering probleemstelling

Wijze	Manier, vorm van gebeuren of handelen (van Dale) Door welke manier/ door welk handelen kan rehabilitatie tot stand gebracht worden.
Rehabilitatie	Herstel in eer en goede naam, herstel van de gezondheid (van Dale) Op welke wijze kan (eer)herstel tot stand gebracht worden.
Chronisch	Van ziekte, langdurige, voortdurende, aanhoudende (van Dale) Op welke wijze kan rehabilitatie tot stand gebracht worden bij langdurige psychiatrische cliënten binnen een maatschappelijke opvang.
Psychiatrische	Geestelijke ziekte/ aandoening Op welke wijze rehabilitatie tot stand gebracht wordt bij chronisch geestelijke zieke cliënten binnen een maatschappelijke opvang.
Maatschappelijke opvang	Biedt (tijdelijk) onderdak, begeleiding, informatie en advies aan dak- en thuislozen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving (definitie maatschappelijke opvang, kadernota OGGZ). Maatschappelijke opvang, binnen de probleemstelling, is gericht op psychiatrische cliënten waarbij dak- en thuisloosheid onderdeel kan zijn van de problematiek.

BIJLAGE 2

Artikel Droes, J. (2001) Rehabilitatie- effectenonderzoek: een inventarisatie, tijdschrift voor psychiatrie 43

Rehabilitatie-effectonderzoek: een inventarisatie

J. DROES

ACHTERGROND De laatste decennia wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar de mogelijkheden tot [reïntegratie 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 TsysLit 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 totuiting.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43(2001)9, 621-619]

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-effectoronderzoek 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 *Tassage*. 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 1978).

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 geëhumaniseerd 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 woorden 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.

Beleeffendheid 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).

Arbeidstoeileiding 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. Wat 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 Vlaminc [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?

Socialevaardigheidstraining 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 (Droes 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 psychiatry 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; Geiler e.a. 1988; Gilbert & Ugelstad 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 rehabilitaties erticht 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 psychiatrische 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.
- Droes, 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: Trimbos-instituut.
- Knapp, M., Beecham, J., Koutsogeoropolou, 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. (1961). 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 of 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? 1. De officiële richtlijnen in de dagelijkse praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 1290-1301.
- Vlaminck, P. (1999b). Doorgaan met antipsychotica na de psychose? 1.1. De individuele indicatiestelling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 1302-1315.
- Weisbrod, B.A., Test, M.A., & Stein, L.I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. 1.1. Economie 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*, 11, 219-231.

AUTEUR

J. DRÖES is psychiater bij Bavo **RNO** Groep Rotterdam en is docent en consultant van Stichting Rehabilitatie '92.
Correspondentieadres: J. Droes, Westersingel 94, 3015 LC Rotterdam.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

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

S U M M A R Y

Effectiveness of psychosocial rehabilitation. An overview - J. Drees -

B A C K G R O U N D *During the last decades an increasing number of studies has been performed on the subject of community (reintegration of persons with severe and longterm psychiatric disabilities. These efforts are generally described as 'rehabilitation'. Rehabilitation is a practical yet still ill-defined concept.*

A I M S *To provide an overview of types of rehabilitation outcome-research. Reflection on strenghts and weaknesses of current scientific literature.*

M E T H O D *Review of literature. The review articles are obtained using PsycLit and Medline (1997-1000); the other articles mainly by way of crossreferences.*

R E S U L T S *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.*

C O N C L U S I O N *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]

KEY WORDS empowerment, longterm care, outcome-research, recovery, rehabilitation

BIJLAGE 3

Artikel Swildens, W.E. e.a. (2003) Individuele rehabilitatie voor chronisch psychiatrische patiënten: een open onderzoek, tijdschrift voor de psychiatrie 45.

Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: een open onderzoek

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

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

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

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

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

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

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

TREFWOORDEN chronische psychiatrische stoornis, rehabilitatie

Het begrip rehabilitatie verwijst naar een brede verzameling ideeën en praktijken die het herstel en de maatschappelijke participatie van chronische psychiatrische patiënten beogen (Schene & Henselmans 1999; Van Weeghel 2000). In Nederland zijn diverse rehabilitatiemethodieken in omloop, waarvan de individuele rehabilitatiebenadering (IRB) een van de invloedrijkste is. Deze benadering is vanaf de jaren tachtig vanuit het Center for Psychiatric Rehabilitation in Boston ontwikkeld (Anthony e.a. 1982, 15¹⁰). Stichting

Rehabilitatie '91 heeft alle IRB-modules vertaald en traint hulpverleners hierin (Droes 1991).

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

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

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

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

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

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

M E T H O D E

Onderzoeksopzet

De open onderzoeksopzet is te typeren als een combinatie van implementatieonderzoek en programmaevaluatie (Donker & Derks 1991). Doel van implementatieonderzoek is inzicht geven in de mate waarin de interventie (de I R B) daadwerkelijk wordt toegepast en wat daarbij knelpunten zijn. Doel van programmaevaluatie is inzicht geven in de vraag of de beoogde resultaten met de interventie worden bereikt.

Op basis van literatuuronderzoek en gesprekken met hulpverleners en patiëntvertegenwoordigers zijn effectvariabelen geformuleerd. Daarbij is aandacht besteed aan mogelijke positieve en negatieve effecten van de I R B, bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van leven of psychische terugval als gevolg van toenemende druk op patiënten. Voor het onderzoek, uitgevoerd in de periode 1995-2000, zijn 58 patiënten en hun begeleiders gevolgd. Het onderzoek bestaat uit: een startmeting en een follow-upmeting na anderhalf jaar. Daarnaast is door middel van tussentijdse interviews en een zesmaandendurend registratieonderzoek het rehabilitatieproces beschreven.

Onderzoeksgroep

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

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

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

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

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

TABEL 1 Kenmerken van patiënten in de I R B -onderzoeksgroep (n=62)

<i>Geslacht</i>	
Mannen	61%
Vrouwen	39%
<i>Leeftijd</i>	
<20	2%
20-30	20%
30-40	27%
40-50	32%
50-60	10%
>60	10%
<i>Psychiatrische diagnose</i>	
Schizofrenie	55%
Affectieve psychose	11%
Overige niet-organische psychose	3%
Persoonlijkheidsstoornis	13%
Neurotische/depressieve stoornis	13%
Overige stoornissen	5%
<i>Opnametijd in A P Z</i>	
Geen opname	0%
<1jaar	14%
1-2jaar	6%
2-5Jaar	15%
>10jaar	58%
<i>Woonsituatie</i>	
A P Z	60%
R I B W	3%
Eigen woning	37%

I R B = individuele rehabilitatiebenadering

A P Z = algemeen psychiatrisch ziekenhuis

R I B W = regionale instelling voor beschermende woonvormen

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

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

Meetinstrumenten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Statistische analyse

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

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

RESULTATEN

Toepassing I R B

Door hun langdurige ggz-contacten waren

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

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

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

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

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

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

Effecten voor patiënten en begeleiders

In tabel 2 staan de resultaten van de toepassing van de I R B voor de patiënten vermeld.

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

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

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

Verandering autonomie Gemiddeld waren er

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

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

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

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

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

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

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

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

TABEL 2 Resultaten voor patiënten van de toepassing van de Individuele rehabilitatiebenadering (i R B)

Uitkomstmaten	Resultaten (n)*	Gemiddelde(SD)
Inzicht in toekomstwensen (semi-gestructureerd interview)	toename inzicht bij 79% van de patiënten (58)	
Bereiken van rehabilitatiedoel (semi-gestructureerde vragenlijst)	41% heeft doel bereikt 16% heeft doel gedeeltelijk bereikt (57)	
Maatschappelijke participatie (semi-gestructureerd interview)	zi% gaat zelfstandig wonen 12% gaat betaald werken (58)	
Ervaring autonomie (zelfbeoordelingslijst: Likert-type)	geen veranderingen in 'zelfbewustzijn' (57) geen veranderingen in 'nieuwe situaties hanteren' (57)	Ti 4,7(0,8); T2 4,7(0,9) Ti 3,7(0,9); T2 3,7(0,9)
Functioneren (Vragenlijst functioneringsniveau)	afname van de beperkingen (49)	Ti 14,0(7,7); T2 12,1(8,9)
Kwaliteit van leven (zelfbeoordelingslijst: Kwaliteit-van-leven-vragenlijst)	verbetering voor patiënten die hun doelen bereiken (24) verslechtering voor patiënten die hun doelen niet bereiken (25)	Ti 6,9(1,1); T2 7,2(1,0) Ti 6,7(1,2); T2 6,4(1,3)
Afstemming zorgvraag en zorgbehoefte (vragenlijst: C A N)	afname rehabilitatiezorgbehoeften volgens patiënten (57) afname rehabilitatiezorgbehoeften volgens begeleiders (57)	Ti 2,3(1,3); T2 1,5(1,1) Ti 2,4(1,3); T2 1,9(1,6)
Waardering begeleider (interview; Werkalliantievragenlijst)	83% is tevreden over de begeleiding (57) positieve scores over werkaliantie bij startmeting door patiënten (56) positieve scores over werkaliantie bij startmeting door begeleiders (56)	Ti 0,8(0,9) Ti 0,8(0,9)
Psychische terugval (interview; registratie; G A F)	8 patiënten decompenseerden (geen verband met IR B) GAF-gemiddelde bij 3 meetmomenten (57)	60(14,2)
* Omdat niet alle patiënten/begeleiders alle interviews/vragenlijsten (volledig) beantwoord hebben, varieert de n. Ti=startmeting T2 = follow-up-meting SD == standaarddeviatie C A N = CamberwellAssessmentofNeeds G A F = Global AssessmentofFunctioning		

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

Voorspellers van succes

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

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LITERATUUR

- Anthony, W.A., Cohen, M., & Farkas, M. (1982). A psychiatry rehabilitation treatment program: can I recognize one if I see one? *Community Mental Health Journal*, 18, 83-95.
- Anthony, W.A., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University.
- Bekker, M. (1993). The development of an autonomy scale based on recent insights into gender identity. *European Journal of Personality*, 7, 177-194.
- Busschbach, J. van, & Wiersma, D. (1999). *Behoeft, zorg en revalidatie in de chronische psychiatrie*. Groningen: Disciplinegroep psychiatrie Rijksuniversiteit Groningen.
- Donker, M., & Derks, J. (Red.). (1993). *Rekenschap. Evaluatie-onderzoek moederland, de stand van zaken*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Droes, J. (1992). *"Een opleidingsprogramma voor revalidatie"*. Rotterdam: Stichting Revalidatie '92.
- Droes, J. (2001). Revalidatie-effectonderzoek: een inventarisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 621-629.
- Farkas, M., & Anthony, W.A. (Red.). (1989). *Psychiatry rehabilitation programs: putting theory into practice*. Baltimore: John Hopkins University press.
- Horvath, A., & Greenburg, L. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Kroon, H. (1996). *Groeiende zorg; ontwikkeling van casemanagement in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Kroon, H., Theunissen, J., Busschbach, J. van, e.a. (1998). Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten in Nederland: conclusies uit regionale prevalentiestudies. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 40, 199-211.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., & Bond, G.R. (1997). Recent advances in psychiatry rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 123-137.

- Moos, R.H., Nichol, A.G., & Moos, B.S. (2002). Global Assessment of Functioning ratings and the allocation and outcomes of mental health services. *Psychiatry Services*, 53, 730-737.
- Pieters, G., & van der Gaag, M. (Red.). (2000). *Kehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., e.a. (1995). The Camberwell Assessment of Need's: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.
- Schaufeli, W., & van Dierendonk, D. (1995). *Maslach Burn-out Inventory*, Nederlandse versie (MBI-NL). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Schene, A., & Henselmans, H. (1999). Psychiatrische rehabilitatie in Nederland en Vlaanderen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 719-728.
- Swildens, W., van Keijzerswaard, A., & Valenkamp, M. (2001). *Rehabilitatie: hoe langer, hoe heter. Onderzoek naar individuele rehabilitatie in de psychiatrie*. Amsterdam: SWP.
- Vervaeke, G., & Vertommen, H. (1996). De werkalliantievragenlijst (WAV). *Gedragstherapie*, 29, 139-144.
- Weeghel, J. van. (2000). *Rehabilitatie vanaf 2000*. In M. Nuy (Red.), *Rehabilitatie, een oriëntatie en een beschrijving van drie benaderingswijzen* (pp. 78-86). Utrecht: SWP.
- Wei, T. van. (1992). *Chroniciteit in beweging. Een longitudinaal onderzoek naar het functioneringsniveau van bewoners van verblijfsafdelingen*. Den Dolder: Willem Arntsz Hoeve.
- Wel, T. van. (2002). *Rehabilitatie door het woonmilieu. Een longitudinaal onderzoek naar de relatie tussen de mate van normalisatie van het woonmilieu en de activiteiten en participatie van chronisch psychiatrische cliënten*. Proefschrift. Den Dolder: Altrecht.
- Wijngaarden, B. van, Bransen, M.E.M., & Wennink, H.J. (2001). *Een keten van lege zondagen. Tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

AUTEURS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Het onderzoek werd gefinancierd door het NFGV.

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

SUMMARY

Individual psychiatric rehabilitation of chronic psychiatric patients: an open study - W.E. Swildens, A.J. van Keijzerswaard, T.F. van Wei, G.J.J. de Valk, M.W. Valenkamp -

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

A I M *This article reports on research into the experience of workers and patients using PR in a region of Holland.*

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

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

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

[TIJDSCHRIFTVOORPSYCHIATRIE45(2003)I,15-26]

KEY WORDS long-term mental illness, rehabilitation

BIJLAGE 4

Symposium behandeling en rehabilitatie in de langdurige zorg.

Datum: donderdag 6 maart 2008

Organisatie: Axenza Lentis specialistische zorg

Deze bijlage omvat een korte samenvatting van het symposium rehabilitatie die georganiseerd werd door Lentis in Zuidlaren. Er waren enkele sprekers, afgewisseld met een muzikaal intermezzo, verzorgd door een cliënt en begeleiders. Het symposium werd afgesloten met een podiumdiscussie.

1^{ste} spreker

Dr. Jaap van Weeghel: *Rehabilitatie tussen accepteren van beperkingen en stimuleren tot verandering.*

Kern van deze stelling is dat men moet uitgaan van de cliënt in zijn kunnen en willen veranderen tot een volwaardige rol in de samenleving. Het moet niet zo zijn dat de hulpverlening bepaalt wat goed is voor de cliënt voordat hij kan veranderen.

2^{de} spreker

Drs Detlef Petry: *Dienstbaar zijn aan mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen.*

Kern van deze stelling is om de cliënt zoveel mogelijk in zijn eigen leefomgeving, waarin familie een belangrijk contact is, tot ontwikkeling te laten komen en stimuleren veel zaken zelf te regelen. Ook in woongroepen is het belangrijk om de contacten met familie te stimuleren.

3^{de} spreker

Dr. Rikus Knegtering: *Wetenschappelijk aangetoond goed zorg voor chronische doelgroep los van regelgeving en visies.*

Hieruit kwam naar voren dat er vele onderzoeken zijn gedaan wat betreft medicatie die goed zouden zijn voor cliënten vooral die schizofreen zijn om een stoornis te veranderen maar nog weinig tot geen onderzoeken in zaken zoals familiere contacten, actief beweging, eigen kunnen stimuleren. Oftewel de medische fabrikanten hebben baat bij deze onderzoeken terwijl cliënten op andere gronden ook beter tot sociale rollen zouden kunnen komen.

4^{de} spreker

Prof. Dr. Wolfgang Weig : *Psychiatrische rehabilitatie modellen in Duitsland. Hierbij kregen wij volledig zicht op de uitvoering hoe dit in Duitsland is gerealiseerd.*

Opvallend is dat de betaling van vergoeding vrij gecompliceerd in elkaar steekt en dat de behandeling binnen 24 maanden gerealiseerd moet zijn. Kern van de behandeling is dat de cliënt zo snel mogelijk begeleid wordt naar werk omdat arbeid de kern van de samenleving zou zijn. Werk is contact is geld is wonen is liefhebben.