



Methodebeschrijving Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)

Databank Effectieve sociale interventies



Kennis en advies voor
maatschappelijke ontwikkeling







Deze methodebeschrijving is gemaakt door:

dr. Lies Korevaar, dr. Jos Dröes en dr. Tom van Wel
Stichting Rehabilitatie '92
030 - 2145 002
info@rehabilitatie92.nl

Lies Korevaar is Lector Rehabilitatie aan de Hanzehogeschool Groningen en directeur, tevens hoofdopleider van de Stichting Rehabilitatie te Utrecht.

Jos Dröes is psychiater bij Bavo Europoort in Rotterdam en docent/consulent bij de Stichting Rehabilitatie '92 te Utrecht. Hij vertaalde de Individuele Rehabilitatie Benadering uit het Amerikaans en was betrokken bij de invoering ervan in Nederland.

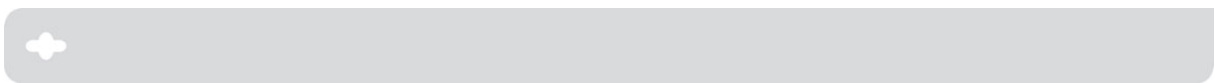
Tom van Wel is psycholoog bij ABC - Altrecht en docent bij de Stichting Rehabilitatie '92 te Utrecht.

Voor meer methodebeschrijvingen en eventuele vragen en/of reacties kunt u terecht bij:
www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies.

December 2010

Het werkblad dat gebruikt is voor deze methodebeschrijving, is deels gebaseerd op het Werkblad beschrijving interventie van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het RIVM.







Inhoudsopgave

Inleiding: leeswijzer	05
Samenvatting	07
1. Beschrijving methode	10
1.1 Probleemomschrijving	10
1.2 Doel van de methode	11
1.3 Doelgroep van de methode	13
1.4 Indicaties en contra-indicaties	14
1.5 Aanpak	14
1.6 Materiaal	19
1.7 Benodigde competenties van de professional	20
1.8 Overige randvoorwaarden	21
1.9 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies	22
1.10 Contactgegevens ontwikkelaar	23
2. Onderbouwing	24
2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode	24
2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak	25
3. Onderzoek praktijkervaringen	27
3.1 Uitvoerende organisaties	27
3.2 Praktijkervaringen van de professional	28
3.3 Praktijkervaringen van de cliënt/burger	29
3.4 Praktijkvoorbeeld	31
4. Effectonderzoek	34
4.1 Directe aanwijzingen voor effectiviteit	34
4.2 Indirecte aanwijzingen voor effectiviteit	36
5. Conclusies	38
5.1 Samenvatting werkzame elementen	38
5.2 Samenvatting effectonderzoek	38
6. Verantwoording	40
6.1 Het zoeken en selecteren van literatuur	40
6.2 Literatuur	41
Bijlage 1: Toelichting effectonderzoek	45
Bijlage 2: Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken	48
Bijlage 3: Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken	52
Effectively Working on Rehabilitation Goals: An RCT of the Boston Psychiatric Rehabilitation approach	52





Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial	55
The VADO Approach in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial	58
A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities	61
Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: een open onderzoek	64
Does Rehabilitation Meet the Needs of Care and Improve the Quality of Life of Patients with Schizophrenia or Other Chronic Mental Disorders?	69





Inleiding: leeswijzer

Professionals in de sociale sector worden geconfronteerd met een wirwar aan informatie waar ze zich een weg in moeten vinden. Die informatie is vaak versnipperd en daardoor weinig toegankelijk. In de databank *Effectieve sociale interventies* brengen wij methoden waarmee in de sociale sector gewerkt worden bij elkaar. De methodebeschrijvingen geven daarbij een zo volledig mogelijk beeld van alle beschikbare informatie over een methode. Als gemeente, stafmedewerker of praktijkwerker kunt u hiermee vaststellen of de methode geschikt is voor de situatie waarin u of uw organisatie intervenueert. Als u besluit om met de methode aan de slag te gaan verwijzen we naar het handboek en eventueel andere door de ontwikkelaar beschikbaar gestelde materialen.

De methodebeschrijving is opgebouwd langs vier lijnen. Onderdeel één van dit document beschrijft de methode zelf, zoals de doelen, de doelgroep en de aanpak. Onderdeel twee laat de onderbouwing van de methode zien: de visies, theorieën en wetenschappelijke onderzoeken die de ontwikkelaar heeft gebruikt bij het ontwikkelen van de methode. Onderdeel drie geeft zicht op de praktijkervaringen van de professional en de cliënt/burger met de methode. Onderdeel vier geeft inzicht in wat er wetenschappelijk bekend is over de effectiviteit van de methode.

De methodebeschrijving is in nauwe samenwerking met de ontwikkelaar van de methode tot stand gekomen. Zo levert de ontwikkelaar informatie aan en geeft deze feedback op het concept en toestemming voor publicatie. De methode wordt uitgebreid in kaart gebracht. Dit kan de ontwikkelaar op zijn beurt een impuls geven voor verdere ontwikkeling van de methode. Een methode staat dus niet stil, de methodebeschrijvingen zullen dan ook regelmatig worden herzien.

De methodebeschrijving is gebaseerd op een systematische zoektocht naar informatie. Bij die zoektocht werken de onderzoeker die de methodebeschrijving maakt en een informatieanalist van de afdeling kennisstromen van MOVISIE intensief samen. Bij het zoeken van informatie over methoden zijn doorgaans de volgende zoekstrategieën toegepast: het inwinnen van informatie bij de ontwikkelaar, uitvoerende instanties en/of eventuele onderzoekers van de methode, het doorzoeken van Nederlandse en/of internationale databanken, het checken van referenties van reeds gevonden informatiemateriaal en een internet *deskresearch*. De zoektocht is daarbij gericht op een breed spectrum aan informatiebronnen, variërend van (ongepubliceerde) verslagen van (interne) procesevaluaties of paneldiscussies tot wetenschappelijk (effect)onderzoek. De verantwoording van de toegepaste zoekstrategieën is in beknopte zin terug te vinden in onderdeel 6.1. De zoekgeschiedenis is in uitgebreidere vorm vastgelegd in een hiertoe ontwikkelde *flowchart*, die is opgenomen in het archief van MOVISIE. Het relevante gevonden materiaal is terug te vinden in het literatuuroverzicht in onderdeel 6.2.

Bij het effectonderzoek (onderdeel 4) wordt onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit. Een toelichting op dit onderscheid vindt u in bijlage 1. Om de tekst in de methodebeschrijving zelf laagdrempelig te houden, worden de belangrijkste onderzoekskenmerken en resultaten zoveel mogelijk in woorden beschreven. De achterliggende cijfers vindt u in bijlage 3 en verder.





Wij wensen u veel inspiratie bij het lezen van deze methodebeschrijving. Wij hopen dat u zich hiermee een goed beeld kunt vormen van wat deze methode uw gemeente, uw organisatie of uzelf als sociale professional te bieden heeft en hoe u de kwaliteit van uw aanbod aan de doelgroep kunt vergroten.





Samenvatting

1. Beschrijving methode

Doel

Het doel van de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) is: mensen met ernstige, langdurige beperkingen helpen beter te functioneren, zodat ze met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten hebben in de omgeving van eigen keuze met zo min mogelijk professionele hulp (Anthony e.a., 2002). De benadering wordt bij verschillende doelgroepen en op verschillende terreinen soms anders genoemd, bijvoorbeeld bij ouderen 'Zorg voor zelfstandigheid' (Korevaar & Dröes, 2008), bij jongeren 'Op eigen benen' (Korevaar & Dröes, 2008), in de verslavingszorg 'Zorg voor zin' (Korevaar & Dröes, 2008), in het onderwijs 'Begeleid Leren' (Korevaar, 2005) en tot slot: 'Steun voor ouders met psychiatrische beperkingen' (Van der Ende & Venderink, 2008). De IRB is in de arbeidsrehabilitatie (*supported employment*) en bij het begeleiden van mensen met beperkingen bij het (weer) gaan volgen van een reguliere opleiding (*supported education*) uitgewerkt in het model kiezen-verkrijgen-behouden (*choose-get-keep model*) (Bassant & Korevaar, 2002; Danley e.a., 1992; Danley e.a., 1994; Hutchinson e.a., 2007; Korevaar, 2005; Sullivan e.a., 1993; Unger e.a., 1991).

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit mensen met ernstige, langdurige beperkingen, die door hun beperkingen belemmerd worden bij het vervullen van maatschappelijke/sociale rollen. De methode is breed toepasbaar op verschillende terreinen van sociaal functioneren (zie hieronder), bij mensen uit alle leeftijdscategorieën (inclusief jongeren en ouderen) en met verschillende soorten beperkingen (fysiek, verstandelijk, psychisch/psychiatrisch, verslaving, sociale achterstand). Het betreft een doelgroep die van oorsprong werd bediend door hulpverleners uit zorginstellingen. Door de invoering van Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zullen ambulante verblijvende mensen met beperkingen ook en vooral bediend gaan worden door welzijnswerkers (nieuwe stijl).

Aanpak

De kern van de IRB is dat mensen met beperkingen via gesprekken en activiteiten worden ondersteund bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun eigen doelen op de terreinen wonen, werk/dagbesteding/vrije tijd, leren, sociale en familiecontacten en financiën. De gesprekken en activiteiten zijn uitgewerkt in handleidingen voor de hulpverlener en werkboeken of werkbladen voor cliënten. Het gebruik van werkboeken en -bladen is optioneel.

Materiaal

Bij deze methode hoort het *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*, geschreven onder redactie van Lies Korevaar en Jos Dröes en in 2008 uitgegeven door Uitgeverij Coutinho in Bussum. Tevens wordt trainingsmateriaal van de Stichting Rehabilitatie '92 gebruikt (zie website).





Ontwikkelaar

De methode is ontwikkeld door het Center for Psychiatric Rehabilitation van Boston University.

De methode is vertaald en aan de Nederlandse context aangepast door:

Stichting Rehabilitatie '92

dr. Jos Dröes

Mgr. van de Weteringstraat 132B

3581 EN Utrecht

030-2145002

www.rehabilitatie92.nl

2. Onderbouwing

De ontwikkelaars van de methode waren werkzaam aan het Center for Psychiatric Rehabilitation van Boston University in Boston, VS. De benadering is gebaseerd op werk van de revalidatiepsycholoog Anthony (2002), de psychotherapeut Rogers (1961) en op de *teaching as treatment* benadering van Carkhuff en Berenson (1976). De benadering werd in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw ontwikkeld als antwoord op de deïstitutionalisering in de psychiatrie (de opheffing en verkleining van grote psychiatrische ziekenhuizen) die tussen de jaren '60 en '80 plaatsvond. Mensen met ernstige beperkingen die weer in de maatschappij gingen functioneren, bleken enerzijds in belangrijke mate dezelfde wensen en doelen te hebben als andere burgers en anderzijds dikwijls vaardigheden en hulpbronnen te missen die nodig zijn om persoonlijke doelen te verwezenlijken. Bovendien was er sprake van stigmatisering en zelfstigmatisering: de betrokkenen werden geacht vanwege hun aandoening geen doelen te kunnen stellen en verwezenlijken. Dit is inmiddels een onjuiste opvatting gebleken. Wel hebben mensen soms gerichte en systematische begeleiding nodig bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van eigen doelen.

3. Onderzoek praktijkervaringen

De IRB wordt veelvuldig gebruikt in de langdurige zorg in de volwassenenpsychiatrie. De laatste jaren wordt ze ook gebruikt in de zorg voor niet-dementerende ouderen, de verslavingszorg, dak- en thuislozen, adolescenten, licht verstandelijk gehandicapten, verstandelijk normaal begaafde mensen met een stoornis in het autismespectrum en kansarme groepen op de arbeidsmarkt. De techniek wordt zowel intramuraal, semimuraal als extramuraal toegepast. Ze wordt dus klinisch en poliklinisch gebruikt in psychiatrische ziekenhuizen, verder in regionale instellingen voor beschermd wonen, in arbeidsprojecten en arbeidsbemiddelingsprojecten, in projecten die toeleiden naar (mbo)onderwijs, in begeleid leren-projecten, door sociale diensten (sociale activering en arbeidsbemiddeling), in de maatschappelijke opvang en in projecten ter ondersteuning van ouders met psychiatrische beperkingen. Er zijn enkele *pilots* geweest bij gemeentelijke sociale diensten in het kader van sociale activering of arbeidstoeleiding.

Werkers die de IRB toepassen geven aan dat de methode houvast, duidelijkheid en verbinding tussen verschillende velden biedt. Anderzijds menen zij dat toepassing ervan eisen stelt aan zowel werkers als cliënten (Van der Meer en Polstra, 1999; Swildens e.a., 2001). Bij sommige cliënten en voor sommige werkers zijn die eisen hindernissen voor het gebruik. Het gaat dan





om het vermogen het gesprek te structureren, aan te sluiten bij het gebied waarop de cliënt wensen heeft en om de gelegenheid (met name tijd) om met cliënten samen bepaalde mogelijkheden te onderzoeken. Cliënten zijn over het algemeen positief over begeleiding met de IRB. Zij waarderen de aandacht voor hun eigen wensen en de bewustwording die het formuleren van en werken aan doelen en hindernissen met zich meebrengt (Van der Meer en Polstra, 1999; Swildens e.a., 2001).

4. Effectonderzoek

Er zijn vier Randomized Control Trials (RCT's) uitgevoerd waarvan er drie effect aantonen. Sterk effect blijkt uit een Amerikaans onderzoek naar daklozen (Shern et al., 2000). Uit Italiaans onderzoek naar mensen met chronische schizofrenie blijkt resultaat behaald te worden op persoonlijk en sociaal functioneren (Gigantesco et al., 2006). Geen effect blijkt uit een Amerikaanse studie naar arbeidsrehabilitatie bij mensen met psychiatrische beperkingen: de experimentele en de controlegroep gingen beide vooruit (Rogers et al., 2006). Het voor Nederland meest interessante onderzoek (Swildens et al., sub.) betreft een *multisite* studie bij ambulante cliënten en cliënten in beschermende woonvormen en klinieken, allen met ernstige psychiatrische stoornissen. Uit deze studie blijkt dat met behulp van de IRB zelfgestelde doelen vaker worden behaald dan in de controleconditie. Ook nam de maatschappelijke participatie toe. Dit is in overeenstemming met twee eerdere Nederlandse onderzoeken zonder controleconditie (Swildens et al., 1999; Van Busschbach en Wiersma, 2002): het aantal (deels) behaalde zelfgestelde doelen varieert van 57% tot 80%. Het behalen van zelfgestelde doelen gaat samen met een grotere kwaliteit van leven.

5. Samenvatting werkzame elementen

- Op het individu toegesneden benadering.
- Sluit direct aan bij toekomstwensen van het individu.
- Gaat uit van de capaciteiten van het individu (en niet van de beperkingen).
- Straalt hoop uit, waardoor motivatie wordt vergroot.
- Is gericht op vergroting van de autonomie van het individu.
- Attitude van gelijkwaardigheid en samen zoeken.
- Hulpverleners worden ondersteund om een gedetailleerd uitgewerkte gesprekstechniek te hanteren, die helpt om een band te scheppen, te coachen en dicht bij de wens van de cliënt te blijven.
- In eerste instantie gericht op aanleren van vaardigheden; daarna pas op het inzetten van hulpbronnen.
- De gesprekstechniek is goed overdraagbaar en leent zich voor werkbegeleiding en *feedback*.







1. Beschrijving methode

De beschrijving van de methode is gebaseerd op:

Het *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*, geschreven onder redactie van Lies Korevaar en Jos Dröes en in 2008 uitgegeven door Uitgeverij Coutinho in Bussum.

en

Trainingsmateriaal geschreven door Stichting Rehabilitatie '92 in 2009 te Utrecht. De originelen van dit trainingsmateriaal zijn uitgebracht door diverse auteurs, met name: M. Cohen, M. Farkas, B. Cohen, K. Danley en K. Unger van het Center for Psychiatric Rehabilitation at Boston University tussen 1985 en 2000 (Cohen e.a., 1985; Cohen e.a., 1986; Cohen e.a., 1991; Cohen e.a., 1997; Cohen e.a., 2000; Danley e.a., 1992; Danley e.a., 1994; Farkas e.a., 2000) en vertaald door de Stichting Rehabilitatie '92 / Jos Dröes tussen 1992 en 2002. Het materiaal wordt geregeld bijgewerkt. De laatste versies zijn van 2007 en 2009.

1.1 Probleemomschrijving

In de laatste decennia is het inzicht gegroeid dat mensen in de meeste gevallen ondanks hun beperkingen maatschappelijk volwaardig kunnen participeren. Dit komt onder meer tot uiting in het langer thuis wonen bij toenemende beperkingen, eerder naar huis ontslagen worden na perioden van ziekte, vaker ingeschakeld blijven op de arbeidsmarkt en vaker opleidingen volgen ondanks beperkingen. Dit vereist wel het gebruik van – per individu en aandoening verschillende – vaardigheden en hulpbronnen. Problemen waar mensen met beperkingen mee geconfronteerd worden zijn bijvoorbeeld: de noodzaak om aanpassingen aan te brengen teneinde bepaalde doelen in het leven te kunnen blijven nastreven, de noodzaak om nieuwe doelen in het leven te stellen, te bedenken welke vaardigheden en hulpbronnen men bij een en ander nodig heeft en de noodzaak om nieuwe vaardigheden of hulpbronnen te verwerven. Rehabilitatiebenaderingen voorzien in ondersteuning bij het stellen van doelen, het inventariseren en leren van vaardigheden en het inventariseren, creëren, kiezen, verkrijgen en gebruiken van hulpbronnen. Deze ondersteuning kan nodig zijn ter overbrugging van ontbrekende competenties van de cliënt (bijvoorbeeld: een verstandelijke beperking, beperkingen in de emotionele communicatie, weinig kennis van eigen voorkeuren) of vanwege de buitengewone complexiteit van de maatschappelijke context (bijvoorbeeld: wet- en regelgeving, instanties en procedures). De techniek van deze ondersteuning is bij verschillende beperkingen sterk vergelijkbaar. De IRB is daardoor toepasbaar bij mensen met zeer verschillende typen aandoeningen en beperkingen.





De groep van mensen die leven met beperkingen is groot en er wordt regelmatig over geschreven. Wij nemen bij het beschrijven van de omvang van het probleem de informatie uit het Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn als uitgangspunt. Wanneer u wilt beschikken over meer actuele of gedetailleerde informatie, verwijzen wij u naar www.cbs.nl of www.scp.nl. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) rapporteert regelmatig over de leefsituatie van mensen met lichamelijke en verstandelijke beperkingen (Timmermans, 1994; Timmermans & Schoemakers - Salkinoja, 1996; De Klerk, 2000; De Klerk, 2002). In de Rapportage Gehandicapten 2000 wordt voor het eerst ook expliciet aandacht geschonken aan de positie van chronisch zieken (De Klerk, 2000). De term *chronisch zieken* wordt in Nederland vaak gebruikt voor mensen met somatische aandoeningen, maar ook mensen met bepaalde langdurige psychische aandoeningen kunnen tot de chronisch zieken worden gerekend. Niet alle chronisch zieken hebben *participatieproblemen*. Daarvan is pas sprake als mensen moeite hebben om sociale rollen te vervullen of daarvoor gebruik moeten maken van bijzondere voorzieningen. Ongeveer de helft van de mensen met een chronische ziekte ervaart beperkingen in het dagelijks leven die verband houden met de aandoening.

Het is niet gemakkelijk om aantallen eenduidig vast te stellen vanwege verschillen in methoden van onderzoek, definities en operationalisaties. In de Rapportage Gehandicapten 2007 komt men tot ongeveer 1,5 miljoen zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige motorische beperkingen (De Klerk, 2007). Er zijn daarnaast in Nederland ruim 100.000 mensen met een verstandelijke beperking (inclusief de mensen die in een instelling verblijven) (De Klerk, 2002). Ook zijn er ongeveer 100.000 chronisch psychiatrische patiënten in Nederland, in welk aantal oudere psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen en psychiatrische patiënten in gevangenissen zijn meegeteld (Wiersma, 2004). Daarnaast is ongeveer 10% van de Nederlandse bevolking te kenschetsen als probleemdrinker (Bode e.a., 2006). In 2000 zijn ruim 25.000 cliënten voor ambulante behandeling van alcoholisme ingeschreven en ruim 36.000 cliënten voor ambulante drugshulpverlening (Van Laar, 2002). We benadrukken dat al deze getallen niet bij elkaar kunnen worden opgeteld. Er is een aanzienlijke overlap tussen groepen (De Klerk, 2002; Wiersma, 2004). Het precieze aantal mensen met ernstige, langdurige beperkingen is dus niet bekend. Dat het om grote aantallen gaat, staat echter buiten kijf. Op basis van demografische ontwikkelingen (vooral de vergrijzing) kan worden verwacht dat het aantal chronisch zieken in de toekomst nog aanzienlijk zal toenemen. In de Rapportage Gehandicapten 2000 wordt geconcludeerd dat de chronisch zieken en gehandicapten tot de meest achtergestelde groep in onze samenleving behoren. Het zijn deze mensen die het meest kunnen profiteren van de IRB.

1.2 Doel van de methode

Het doel van de Individuele Rehabilitatie Benadering is: mensen met ernstige, langdurige beperkingen helpen beter te functioneren, zodat ze met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten hebben in de omgeving van eigen keuze met zo min mogelijk professionele hulp (Anthony e.a., 2002).





De IRB is gebaseerd op de aanname dat ook mensen met ernstige beperkingen wensen en doelen hebben met betrekking tot hun rol/functioneren op de levensgebieden wonen, werken, activiteiten en vrije tijd, leren, sociale en familiecontacten en financiën. De hoofddoelen van de benadering luiden daarom als volgt.

- Het herwinnen of verbeteren van rol/functioneren op deze gebieden.
- Toename van de maatschappelijke participatie van de cliënt.
- Herstel van het gevoel van eigenwaarde en van eigen kracht.

Het resultaat wordt steeds beoordeeld vanuit twee gezichtspunten: vanuit de omgeving (succes) en vanuit de cliënt (tevredenheid). Om te kunnen spreken van een positief resultaat zijn zowel voldoende succes als voldoende tevredenheid nodig.

Subdoelen van de benadering zijn:

- het verkennen van mogelijkheden
- het stellen van een doel
- het verkrijgen van de gewenste rol en omgeving
- daarin met succes en tevredenheid functioneren
- het leren van vaardigheden, vaardigheden beter leren gebruiken
- het creëren, verkrijgen en gebruiken van hulpmiddelen en ondersteuning (hulpbronnen), eventueel door aanpassingen van de omgeving.

De naam van de methode vraagt enige toelichting. Rehabilitatie heeft in het Engels als eerste betekenis *revalidatie* en als tweede betekenis *eerherstel*. Volgens Van Dale betekent rehabilitatie in het Nederlands: herstel in eer en goede naam, herstel in vorige staat en revalidatie. In het oorspronkelijke toepassingsgebied, de chronische psychiatrie, was de betekenis van 'eerherstel' relevant. Juist mensen met chronische psychiatrische aandoeningen werden in het verleden op grote schaal maatschappelijk gediscrimineerd en uitgesloten. Voor andere groepen mensen met beperkingen gaat deze redenering niet of veel minder op. De benadering wordt bij verschillende doelgroepen en op verschillende terreinen soms anders genoemd, bijvoorbeeld bij ouderen 'Zorg voor zelfstandigheid' (Dröes, 2008), bij jongeren 'Op eigen benen' (Zijlstra & Venderink, 2008), in de verslavingszorg 'Zorg voor zin' (Dröes, 2008), in het onderwijs 'Begeleid Leren' (Korevaar, 2005) en tot slot: 'Steun voor ouders met psychiatrische beperkingen' (Van der Ende & Venderink, 2008). De IRB is in de arbeidsrehabilitatie (*supported employment*) en bij het begeleiden van mensen met beperkingen bij het (weer) gaan volgen van een reguliere opleiding (*supported education*) uitgewerkt in het model kiezen-verkrijgen-behouden (*choose-get-keep model*) (Bassant & Korevaar, 2002; Danley e a., 1992; Danley e.a., 1994; Hutchinson e.a., 2007; Korevaar, 2005; Sullivan e.a., 1993; Unger e.a., 1991).





1.3 Doelgroep van de methode

Doelgroep

De IRB is ontwikkeld ten behoeve van mensen met ernstige, langdurige fysieke, zintuiglijke, verstandelijke of psychische beperkingen die door hun beperkingen belemmerd worden bij het vervullen van maatschappelijke en sociale rollen. Maar omdat revalidatietechnieken min of meer onafhankelijk van de aard van de ziekte of achterstandssituatie kunnen worden gebruikt, vindt tegenwoordig ook revalidatie plaats bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel, (getraumatiseerde) vluchtelingen, dak- en thuislozen, mensen met een verslaving en mensen met een forensisch-psychiatrische achtergrond.

Het betreft een doelgroep die van oorsprong werd bediend door hulpverleners uit zorginstellingen. Door de invoering van Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zullen ambulant verblijvende mensen met beperkingen ook en vooral bediend gaan worden door welzijnswerkers (-nieuwe stijl).

Belangrijke nieuwe doelgroepen zijn ouderen en jongeren. Bij ouderen gaat het om het behouden van een zelfstandig leven zolang als de oudere dat wenst en zolang het mogelijk is. Bij jongeren gaat het om het vinden van een levensinvulling en het verwerven van voldoende zelfstandigheid in een steeds complexere samenleving, ondanks een gebrekkige thuissituatie en/of emotionele en intellectuele achterstand. De IRB kan intramuraal, semimuraal en ambulant ingezet worden. Mensen met beperkingen van welke aard dan ook zijn gebaat bij hoop op verbetering en bij *empowerment*, dat wil zeggen: macht over hun ziekte, zichzelf en hun omstandigheden. De maatschappelijke betekenis van revalidatie ligt dan ook op dit vlak.

Selectiecriteria

De IRB is een goede benadering bij mensen met beperkingen die aangeven wensen of behoeften te hebben op het gebied van wonen, werken, dagbesteding en vrije tijd, leren, sociale- en familierelaties en financiën en die ondersteund willen worden bij het verkennen, kiezen, verkrijgen of behouden van eigen doelen op deze gebieden. Selectie van het doelterrein vindt plaats door middel van een gesprek waarin succes en tevredenheid van de cliënt op de genoemde levensgebieden wordt doorgenomen en waarin de motivatie tot verandering wordt ingeschat.

Er wordt vanuit gegaan dat elk mens wensen en behoeften heeft waarbij de hulp- of dienstverlener kan aansluiten. De IRB is daarom bij iedereen te gebruiken, maar alleen voor het verwerkelijken van doelen en behoeften van de cliënt zelf. De IRB is niet bedoeld om problemen die anderen hebben met het gedrag van de cliënt ("hij moet nu maar eens gaan werken", "hij kan volgens ons best zelfstandig wonen", "hij moet zijn kamer beter schoonhouden") op te lossen. Wensen en behoeften van anderen kunnen alleen worden nagestreefd voor zover de cliënt die wensen en behoeften deelt of na een goed gesprek erover kan gaan delen.

Toepassing bij specifieke doelgroepen

In het Handboek Revalidatie voor zorg en welzijn wordt aandacht besteed aan toepassing van de methode bij diverse doelgroepen zoals ouderen, jongeren, mensen met niet-aangeboren





hersensletsel, mensen met een verslavingsachtergrond, mensen met een stoornis in het autismespectrum en dak- en thuislozen. In sommige gevallen leiden specifieke kenmerken van de doelgroep tot aanpassingen van de methode.

Wat betreft het gebruik van de IRB bij mensen uit andere culturen merken we op dat een groot deel van hen is gericht op westerse of Nederlandse culturele waarden en denkpatronen. Voor deze mensen is de IRB zeer goed te gebruiken. Wanneer mensen in belangrijke mate functioneren binnen hun eigen culturele context, zijn aanpassingen van de techniek noodzakelijk. De rollen van familieleden en hulpverleners kunnen dan bijvoorbeeld andere accenten hebben. In de Verenigde Staten zijn aanpassingen gepubliceerd voor het gebruik van de IRB bij Spaanstaligen. In Nederland hebben we hiermee nog geen ervaring.

Ook de *setting* bepaalt soms de manier waarop of het kader waarbinnen de methode wordt toegepast. Zo kan met cliënten in een tijdelijke opnamesituatie een woondoel voor de toekomst gesteld worden, vindt het gebruik in de forensische zorg plaats binnen een juridisch bepaalde context en worden trajecten naar werk dikwijls mede bepaald door uitkerings- of bemiddelingsinstanties.

1.4 Indicaties en contra-indicaties

Indicaties

In principe is gebruik van de IRB geïndiceerd bij elke cliënt die ondersteuning wenst en nodig heeft bij het verkennen, kiezen, verkrijgen of behouden van eigen doelen op het gebied van wonen, werken, leren, sociale- en familiecontacten en financiën. Eventuele beperkingen van cliënten op gebieden als verstandelijk, emotioneel en gedragsmatig functioneren leiden wel tot aanpassingen of aanvullingen van de methodiek maar zijn geen contra-indicaties.

Contra-indicaties

Voor het uitwerken van wensen, doelen en behoeften van anderen dan de cliënt zelf is de IRB niet geschikt.

1.5 Aanpak

De IRB-techniek is gebaseerd op een visie en op waarden. Hij omvat een aantal modules die zijn ontworpen om cliënten te helpen hun persoonlijke doelen te verkennen, te kiezen, te verkrijgen en te behouden. Dit zijn de fasen van een rehabilitatieproces. De hulpverlener gebruikt de modules om de cliënt te ondersteunen bij het afronden van de fase waarin hij verkeert en het beginnen aan de volgende fase. In principe kunnen onderdelen van elke module in elke fase van pas komen. Wel worden bepaalde modules zeer frequent gebruikt in bepaalde fasen zoals: doelvaardigheid beoordelen in de fase van verkennen, het stellen van een doel in





de fase van kiezen, planning in de fase van verkrijgen en vaardigheids- en hulpbroninterventies in de fase van behouden.

Visie

De visie is gebaseerd op geloof in groeimogelijkheden bij iedere cliënt en beschouwt 'hoop' als een onmisbaar element voor rehabilitatieprocessen. De IRB is gebaseerd op een samenhangende set van waarden (Anthony, 2002).

Waarden

De IRB is gebaseerd op de volgende samenhangende waarden of uitgangspunten.

Een *persoonlijke benadering*, dat houdt in dat de cliënt wordt gezien als geheel persoon, met een eigen levensgeschiedenis, een eigen karakter, eigen capaciteiten en eigen beperkingen. Mensen vallen niet samen met hun beperkingen. De persoon is geen schizofreen, spasticus, autist of verstandelijk gehandicapt maar IEMAND met schizofrenie, een spastische verlamming, een autistische stoornis of een verstandelijke handicap.

Het *dagelijks functioneren* van de persoon, zijn activiteiten en participatie, is het doelgebied van rehabilitatie. De persoon functioneert altijd in een specifieke omgeving (huis, werk, school). Rehabilitatie is daarom omgevings specifiek. Die specificiteit is vooral van belang om vast te stellen welke vaardigheden en hulpbronnen in een gegeven geval ontwikkeld moeten worden.

De *betrokkenheid van de cliënt* bij alle aspecten van zijn eigen rehabilitatieproces is een essentieel onderdeel van de methode. Dit punt wordt benadrukt, omdat er ook allerlei vormen van hulp- en dienstverlening bestaan waarbij de cliënt niet of slechts zijdelings wordt betrokken bij keuzes over de benodigde zorg. Ook mensen met beperkingen hebben opvattingen over wat zij prettig, belangrijk en nastrevenswaardig vinden en op basis van die opvattingen kunnen zij keuzes maken en doelen formuleren. Vaak wordt gedacht dat 'normale' mensen (beter) weten 'wat goed is' voor de persoon met een beperking en dat deze daar zelf geen verstandige ideeën over heeft. Die gedachte is onjuist.

De *behoefte en wensen van cliënten* staan centraal. Rehabilitatie is ontworpen om te werken aan zelfgekozen doelen. Doelen die gesteld worden door anderen, ook als dit gebeurt met de beste bedoelingen ('om bestwil'), zijn geen rehabilitatiedoelen.

Steun van anderen, die door de cliënt zelf ook werkelijk als steun wordt ervaren, is essentieel. Die steun neemt vaak af wanneer de crisis voorbij is, terwijl dan juist het eigenlijke rehabilitatiewerk begint. Anderzijds willen mensen over het algemeen een zelfstandig leven leiden. Niemand wil graag afhankelijk zijn van hulpverlening. Hulp moet dus geboden worden zolang ze nodig en gewenst is maar niet langer of meer dan dat.

Gericht op *ontwikkelingsmogelijkheden*, dat betekent dat er vanuit wordt gegaan dat elk mens kan leren en ontwikkelen. Het gaat erom de gebieden te vinden waarop de persoon ontwikkelingsmogelijkheden heeft. Elke persoon heeft mogelijkheden tot ontwikkeling/leren en tot het voeren van regie over het eigen leven en de benodigde zorg.





Rehabilitatie streeft naar *autonomie*. Juist bij mensen met beperkingen is het van groot belang om de mogelijkheden die zij hebben te benutten. In de praktijk betekent dit vooral dat rehabilitatieprocessen erop gericht zijn de cliënt tot een zo zelfstandig mogelijk niveau van functioneren te brengen. Onnodige afhankelijkheid van professionele hulpverlening wordt vermeden.

Het streven naar *succes en tevredenheid*: er wordt gestreefd naar positieve resultaten volgens de cliënt (tevredenheid) en volgens de omgeving (succes). Hoewel het perspectief van de cliënt voorrang heeft, wil een goed rehabilitatieproces ook tevredenheid in de omgeving van de cliënt bewerkstelligen. Het ontbreken hiervan slaat op den duur als een boemerang op de cliënt terug.

Het rehabilitatieproces

Een rehabilitatieproces speelt zich af op een terrein, rond een bepaald doeltype, in fasen en met hulp van een techniek. Die elementen worden in de volgende paragrafen besproken.

De rehabilitatieterreinen en doeltypen

De *rehabilitatieterreinen* zijn wonen, werken, dagbesteding en vrije tijd, leren, sociale en familierelaties en financiën. Het gaat bij rehabilitatie altijd om een rol in een omgeving. Rollen zijn bepaalde maatschappelijke of sociale posities die bepaalde taken, rechten en plichten met zich meebrengen. Rollen zijn bijvoorbeeld: vader, broer, vriendin, partner, huurder, huisgenoot, werknemer, collega, leidinggevende, leraar, leerling of clublid. Omgevingen zijn de plaatsen waar het vervullen van een rol plaatsvindt: het huis, de opvangvoorziening, de beschermende woonvorm, het bedrijf, de school, het verenigingsgebouw. Rehabilitatie kan gericht zijn op een *verandering* van rol en/of omgeving of op het *behouden* van een rol en/of omgeving. We spreken dan van veranderdoelen respectievelijk behouddoelen.

Fasen van rehabilitatie

Het rehabilitatieproces van een cliënt vindt plaats in de fasen: *verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden*. Deze fasen bieden een geschikt denkkader om te beoordelen hoe ver de cliënt *naar zijn eigen oordeel* is gevorderd op het pad van *wensverwerkelijking*. Wanneer de hulpverlener weet in welke fase de cliënt volgens zichzelf verkeert, kan hij daar gemakkelijker op aansluiten met een adequate gesprekstechniek.

In de *fase van verkennen* weet de cliënt nog niet precies wat hij wil. Hij heeft een vage wens (ik wil dat er iets verandert) of een wat duidelijker wens tot verandering van rol of omgeving (ik wil in elk geval hier weg) of juist tot behoud daarvan (ik wil mijn baan houden). Bij vage veranderwensen is het vaak nog niet duidelijk op welk terrein de cliënt een doel zal gaan stellen. Onvrede met de huidige woonsituatie kan immers uitlopen in doelen op het gebied van wonen (verhuizen), van werken of leren (niet de hele dag thuis zitten) of op sociaal gebied (verbetering van de verhouding met een huisgenoot). Kortom: in de fase van verkennen zijn *doelsterrein, doeltype* en een eerste *doelformulering* vaak nog niet duidelijk.

In de *fase van kiezen* weet de cliënt op welk gebied hij een doel wil stellen. Hij moet kiezen tussen de beschikbare mogelijkheden. Kiezen betekent dat iemand op een verantwoorde manier bepaalt aan welk van beschikbare mogelijkheden hij de voorkeur geeft. Het resultaat is een doel, bestaande uit een bepaalde rol in een specifiek benoemde omgeving (echt een adres)





op een bepaald moment of gedurende een bepaalde termijn. De fase van kiezen houdt onder meer in dat de cliënt zich ter plaatse oriënteert, hij gaat dus bijvoorbeeld een huis of vereniging bekijken of bezoeken.

De *fase van verkrijgen* bestaat dikwijls uit praktische handelingen die nu eenmaal moeten worden verricht om het gestelde doel te verwezenlijken. Het regelen van de verhuizing, het voeren van een sollicitatiegesprek, het regelen van studiefinanciering zijn voorbeelden van zulke praktische handelingen.

In de *fase van behouden* ten slotte is het doel (rol in omgeving) bereikt. Nu is het van belang om vast te stellen welke vaardigheden en hulpbronnen de cliënt nodig heeft om het behaalde resultaat te bestendigen.

Soms is al vroeg in het proces duidelijk dat de cliënt wel iets wil verbeteren of veranderen, maar met behoud van zijn huidige rol in de huidige omgeving. In zulke gevallen formuleert de cliënt een *'behouddoel'* en wordt er na het formuleren van het doel meteen begonnen met functionele en hulpbrondiagnostiek. 'Doelvaardigheid beoordelen' en 'Doel stellen' worden in dat geval overgeslagen.

De techniek van de Individuele Rehabilitatie Benadering

De techniek van de IRB (Box 1) bestaat uit modules die zijn ontworpen om de cliënt te ondersteunen bij het afronden van de fase waarin hij zich bevindt en een volgende fase in te gaan. Voor elke module zijn er een trainershandleiding en een handleiding, een oefenboek en werkbladen voor de gebruiker.

Modules Individuele Rehabilitatie Benadering

Het scheppen van een band
Doelvaardigheid beoordelen en bespreken
Doelvaardigheid ontwikkelen
Het stellen van een rehabilitatiedoel
Functionele diagnostiek
Hulpbrondiagnostiek
Planning
Vaardigheidles en toepassing stappenplan
Hulpbronnen creëren, verkrijgen en gebruiken
Casemanagement
Vlugge variant

Box 1. Modules van de IRB

In principe kunnen alle modules in elk van de fasen van rehabilitatie (verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden) worden gebruikt. De modules worden hier kort besproken.

Het scheppen van een band is het tot stand brengen van een goede werkrelatie. Technieken





zijn een aandachtige aanwezigheid, begrip tonen, jezelf laten zien, inspireren en begeleidingsbehoefte inschatten.

Doelvaardigheid beoordelen en bespreken betekent evalueren of de cliënt er klaar voor is om een precies rehabilitatiedoel te stellen. Een doelvaardigheidsbeoordeling levert een profiel op in vijf aspecten: de interne en externe noodzaak tot verandering van de cliënt, de mate van inzet die de cliënt vertoont, de mate waarin de cliënt kan reflecteren op de (toekomstige) omgeving en op eigen waarden, wensen en voorkeuren en de mate waarin en de wijze waarop de cliënt ondersteuning wil hebben bij het proces. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een indeling in fysieke, verstandelijke, emotionele en levensbeschouwelijke hulp.

Doelvaardigheid ontwikkelen is aan de orde wanneer besloten wordt tot verbetering van één of meer doelvaardigheidsfactoren. Eerst worden dan de oorzaken van de lage scores op één of meer doelvaardigheidsfactoren achterhaald. Via één of meer motiverende activiteiten wordt dan getracht de cliënt tot het besef te brengen dat bepaalde doelen ook voor hem of haar realiteit kunnen worden.

Het stellen van een rehabilitatiedoel helpt mensen bij het maken van een overwogen keuze voor een bepaalde rol in een bepaalde omgeving. Eerst stellen zij vast welke keuzecriteria ze op grond van eerdere ervaringen en toekomstwensen willen hanteren ('persoonlijke criteria opsporen'). Vervolgens onderzoeken zij de beschikbare mogelijkheden ('alternatieve omgevingen beschrijven'). De beste mogelijkheid, de omgeving van voorkeur, is dan dat alternatief dat het hoogste scoort op de persoonlijke criteria. Het doel wordt vervolgens geformuleerd volgens het *format*: 'Ik wil geschiedenis te gaan studeren (rol: student) aan de Rijksuniversiteit van Groningen (omgeving: RUG) in september 2008 (tijdstip).

Functionele diagnostiek en *hulpbrondiagnostiek* zijn ontworpen om te onderzoeken of de cliënt beschikt over de vaardigheden en hulpbronnen die hij nodig heeft om zijn doel te bereiken. Functionele diagnostiek begint met het achterhalen van de eisen die de rol en de omgeving aan de cliënt stellen. Vervolgens wordt persoonlijk belangrijk gedrag geïnventariseerd; dit is gedrag dat de cliënt moet kunnen vertonen om zichzelf in de rol of omgeving thuis te kunnen voelen. Dat kan bijvoorbeeld gaan om rookpauzes, momenten van terugtrekken of assistentie vragen bij bepaalde problemen. Dan wordt vastgesteld welke vaardigheden de cliënt nodig heeft om aan de gedragseisen en het persoonlijk belangrijk gedrag te kunnen voldoen. Van vaardigheden die een probleem kunnen vormen, onderzoeken cliënt en hulpverlener of de cliënt ze nog helemaal moet leren of ze alleen beter moet leren gebruiken. In het eerste geval volgt een vaardigheidsles, in het tweede een stappenplantoepassing. Hulpbronnen zijn alle noodzakelijke hulpmiddelen en ondersteuning (mensen, plaatsen, dingen of activiteiten) die een cliënt nodig heeft om te kunnen functioneren in zijn doelomgeving. Denk hierbij bijvoorbeeld aan transport, financiële middelen, begeleiding of een aanpassing in de omgeving. Hulpbronnendiagnostiek volgt het patroon van de functionele diagnostiek.

Planning vindt feitelijk tijdens alle fasen van het proces plaats. In het rehabilitatieplan komt een overzicht van het rehabilitatiedoel en van alle doelen op het gebied van vaardigheidsontwikkeling en hulpbronontwikkeling. Het rehabilitatieplan is zoveel mogelijk het plan van de cliënt. In principe bepaalt de cliënt -in overleg met de hulpverlener- de prioriteiten en de agenda. De hulpverlener ziet erop toe dat er in het begin een enkel gegarandeerd succes





wordt ingebouwd. Het behalen van een (klein) succes vergroot de motivatie om verder te gaan vaak aanzienlijk.

Een vaardigheid is het vermogen om bepaald gedrag in een bepaalde omgeving in een zekere frequentie met succes toe te passen. Een *vaardigheidsles* richt zich op het trainen van vaardigheden zodat ze tot het handelingsrepertoire van de cliënt gaan behoren.

De IRB-vaardigheidsles bestaat uit een sterk geïndividualiseerd stapsgewijs lesplan. Als een cliënt tijdens een sociale vaardigheidstraining uitermate assertief reageert, wil dat nog lang niet zeggen dat hij dat ook bij zijn baas zal doen. Het probleem is dan dat de aanwezige vaardigheid niet gebruikt wordt in de gewenste omgeving. Bij het maken van een *toepassingsplan* wordt het stapsgewijs daadwerkelijk gaan gebruiken van de vaardigheid in de gewenste natuurlijke omgeving ondersteund.

Hulpbroninterventies kunnen nodig zijn in alle fasen van het rehabilitatieproces, maar komen vooral voor in de fasen van verkrijgen en behouden. In de fase van verkrijgen gaat het dikwijls om eenmalig gebruik van een vaardigheid bij een inschrijving, een verhuizing, een sollicitatie, et cetera. In de fase van behouden gaat het er vaak om in de omgeving aanpassingen te maken die het voor de cliënt makkelijker maken er te functioneren. Dit kunnen hele kleine dingen zijn, zoals de aanschaf van een horloge om de tijd in de gaten te houden, maar ook grote aanpassingen zoals het formeren van een team voor 24-uurs zorg. Er zijn drie hulpbroninterventies, namelijk *hulpbronnen creëren, verkrijgen en gebruiken*.

De IRB is een veelomvattende techniek die uitgebreid of minder uitgebreid kan worden toegepast, al naar gelang de behoefte van de cliënt. Niet altijd zal het nodig zijn alle stappen even uitgebreid te doen. Een samenvatting van alle stappen van de techniek van de IRB is te vinden in bijlage 6.

1.6 Materiaal

Het volgende materiaal is beschikbaar over de Individuele Rehabilitatie Benadering:

Het *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*, geschreven door Lies Korevaar en Jos Dröes en in 2008 uitgegeven bij Uitgeverij Coutinho in Bussum, bevat een samenvatting van de techniek en toepassingen op verschillende terreinen en bij diverse doelgroepen.

Bij elke beschreven module is lesmateriaal (handleiding, werkboek, werkbladen, video-illustraties) dat gebruikt wordt door de Stichting Rehabilitatie '92 en het lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen. Het cursusaanbod is te bekijken op www.rehabilitatie92.nl.

Andere Nederlandstalige publicaties zijn:

Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel van Jos Dröes (Ed.), in 2005 uitgebracht door SWP te Amsterdam.





Deze bundel bevat een aantal bijdragen over de relatie van rehabilitatie met behandeling en met het nieuwe concept van 'herstel'. Een aanvulling voor behandelaren.

Methodische aspecten van de Individuele Rehabilitatie Benadering, van Jos Dröes, in: *De Individuele Rehabilitatiebenadering, Inleiding tot gedachtegoed, techniek en randvoorwaarden* van M. Nuy en J. Dröes (Eds.), in 2000 uitgegeven door SWP te Amsterdam. In dit essay wordt nader ingegaan op de methodische aspecten, de abstracte beslisregels, die ten grondslag liggen aan de techniek.

Alle recente publicaties over de IRB zijn op www.rehabilitatie92.nl te vinden.

1.7 Benodigde competenties van de professional

Beroepsgroepen

Rehabilitatiedeskundigheid wordt in de praktijk gebruikt door:

- Cliëntgebonden hulpverleners in de gezondheidszorg en aanverwante (welzijns-) sectoren op mbo-, hbo- of universitair niveau. Bijvoorbeeld: (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen, woonbegeleiders, medewerkers dagbesteding, arbeidsreïntegratiemedewerkers, trajectbegeleiders, ergotherapeuten, maatschappelijk werkenden, sociaalpedagogische hulpverleners, rehabilitatiewerkers, psychologen en psychiaters.
- Coaches die werkbegeleiding en supervisie geven. Bijvoorbeeld: het coachen van de hiervoor genoemde disciplines bij het correct uitvoeren van de IRB, het coachen van ervaringsdeskundigen bij het uitoefenen van hun beroepsrol.
- Consulents die instellingen of organisaties adviseren bij implementatie of innovatie. Bijvoorbeeld: instellingen of organisaties helpen bij het formuleren van hun rehabilitatiemissie, het invlechten van rehabilitatieprincipes in procedures en verslaglegging.

Benodigde competenties

De benodigde competenties zijn afhankelijk van de beroepsrol die de rehabilitatiedeskundige vervult. Wij geven hierna alleen competenties weer die horen bij de rollen van cliëntgebonden hulpverlener en coach.

De rehabilitatiewerker:

- stelt met de cliënt diens begeleidingsbehoefte vast en stemt de begeleiding af op de preferente stijl van omgaan met de cliënt
- verkent samen met de cliënt of deze verander- of behoudwensen heeft met betrekking tot rol/functioneren op de gebieden wonen, werken/dagbesteding/vrije tijd, leren, sociale en familiecontacten en financiën
- ondersteunt de cliënt bij het beoordelen van zijn/haar actiebereidheid/doelvaardigheid
- hanteert rehabilitatietechnieken met betrekking tot het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van sociale rollen
- prioriteert en plant rehabilitatie-interventies met cliënten
- ontwerpt en geeft vaardigheidlessen voor resp. aan cliënten





- helpt de cliënt bij het creëren, kiezen, verkrijgen en gebruiken van hulpbronnen
- rapporteert en evalueert over de voortgang van de rehabilitatiehulpverlening, stelt rehabilitatieplannen bij.

De rehabilitatiecoach:

- coacht en stimuleert collega's en andere beroepsbeoefenaren, vrijwilligers en mantelzorgers in het kader van het rehabilitatieproces van cliënten
- levert een bijdrage aan de uitvoering en toetsing van de kwaliteit van de rehabilitatiehulpverlening
- werkt samen met collega's en vertegenwoordigers van andere beroepsgroepen in het kader van de ontwikkeling en uitvoering van rehabilitatiebeleid, rehabilitatieprogramma's en individuele rehabilitatietrajecten.

Bron: Aanvraag Accreditatie Master Rehabilitatie Counselor. Hanzehogeschool Groningen, februari 2010.

Bij- en nascholing

Bij- en nascholing in de IRB wordt gegeven door de Stichting Rehabilitatie '92. Het betreft hier scholing in alle onderdelen van de IRB die zowel in company als met open inschrijving wordt aangeboden. Informatie: www.rehabilitatie92.nl.

In samenwerking tussen de Hanzehogeschool Groningen en de Stichting Rehabilitatie '92 is van september 2007 tot september 2011 jaarlijks een tweejarige post hbo-opleiding aangeboden. Een masteropleiding Rehabilitation Counselor start in februari 2011. Informatie: dr. E.L. Korevaar, Lector Rehabilitatie, Hanzehogeschool Groningen; e.l.korevaar@pl.hanze.nl.

1.8 Overige randvoorwaarden

Indicatiestelling

Rehabilitatie kan worden gebruikt in vormen van zorg en dienstverlening die worden vergoed krachtens de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wmo. Bij financiering volgens de ZVW is rehabilitatie een vorm van revaliderende behandeling. In AWBZ-voorzieningen is rehabilitatie een vorm van activerende begeleiding. Onder de Wmo is rehabilitatie een techniek om mensen te ondersteunen bij hun maatschappelijke participatie. Indicaties voor rehabilitatiebehandeling onder de ZVW worden afgegeven door een bevoegde hoofdbehandelaar, voor AWBZ-indicaties bepaalt het CIZ hoeveel uur begeleiding gegeven kan worden en onder de Wmo bepaalt de gemeente de voorwaarden waaronder rehabilitatiebegeleiding kan worden ingezet.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van het werken met rehabilitatie kan op verschillende manieren geborgd worden. Voor een geregelde controle van de kwaliteit van het werken met cliënten is het KIK-instrument ontwikkeld (Kijk op IRB Kwaliteit). Dit instrument bevat een gestandaardiseerde manier van het beoordelen van het rehabilitatiegehalte van de verslaglegging van rehabilitatietrajecten. Om de





kwaliteit van coaching en werkbegeleiding te garanderen, wordt er vanuit gegaan dat revalidatiecoaches de training Werkbegeleiding met goed gevolg hebben doorlopen. Om de kwaliteit van het revalidatieonderwijs te garanderen, is het geven van onderwijs in de methode voorbehouden aan docenten die de docentenopleiding van de Stichting Revalidatie '92 hebben gevolgd en die erkend zijn door deze stichting en het Lectoraat Revalidatie van de Hanzehogeschool Groningen.

Kosten van de interventie

De kosten van de interventie zijn niet bekend. Revalidatiebegeleiding kan over het algemeen binnen bestaande hulpverleningsarrangementen worden ingepast. In veel gevallen vindt er een verschuiving van kosten plaats. Meer begeleiding bij het onderzoeken van mogelijkheden leidt bijvoorbeeld later tot meer zelfstandige actie bij het verkrijgen van een doelomgeving. Extra kosten zijn verbonden aan het leren van de methode, vooral aan training en werkbegeleiding. Ook op langere termijn is werkbegeleiding of coaching aan te raden.

1.9 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies

Er is naast de IRB een flink aantal interventies dat onder de noemer 'revalidatie' te boek staat. De voornaamste laten we kort de revue passeren. Verschillen met de IRB zijn vooral dat andere methoden niet of niet alleen bedoeld zijn om mensen te ondersteunen bij hun zelfgewenste maatschappelijke rolherstel. Onderzoek naar deze methoden worden daarom niet meegenomen als indirect bewijs voor de effectiviteit van de IRB. Nadere informatie over de hier genoemde revalidatie-interventies is te vinden in hoofdstuk 5 van het Handboek Revalidatie voor zorg en welzijn.

Functioneringsgerichte revalidatie

Functioneringsgerichte revalidatie is gericht op het versterken van het autonome functioneren van de cliënt in een specifieke omgeving. Het primaire doel is het algemene, persoonlijke welbevinden van cliënten. Daarmee is functioneringsgerichte revalidatie een voorbeeld van totale zorg.

Systematisch revalidatiegericht handelen

Bij de integrale revalidatiebenadering van voorheen *STORM Revalidatie*, thans de *Centrale RINGroep*, staat de algemene levenskwaliteit van de cliënt centraal. De daarbij gebruikte methode van het *systematisch revalidatiegericht handelen* (SRH) gebruikt naast de wensen en behoeften van de cliënt ook diens psychosociale kwetsbaarheid en de kwaliteit van het sociale milieu als ingangen voor revalidatie. Het SRH richt zich op verbetering van de kwaliteit van leven en niet, zoals de IRB, specifiek op activiteiten en participatie door het vervullen van door de cliënten zelf gewenste rollen.

Libermanmodules

Deze modules zijn geschreven door de Amerikaan Liberman. Het zijn groepsgewijze vaardigheidstrainingen in het omgaan met aspecten van ziekte (psychose, medicatie,





verslaving) en in vaardigheden op gebieden die van belang zijn in het kader van maatschappelijke activiteiten en participatie (vrije tijd, werk, sociale relaties en intimiteit, woonvaardigheden en zelfverzorging). De modules zijn opgebouwd volgens een vast stramien. Libermanmodules kunnen bij sommige cliënten goed worden gebruikt in een IRB-traject.

Rationele rehabilitatie

Rationele rehabilitatie is een methode voor het leren controleren van wanen. Een waan is een opvatting over de werkelijkheid die niet overeenkomt met de algemeen geaccepteerde opvatting. Rationele rehabilitatie behandelt deze waanstoornis door het gezonde verstand 'in ere te herstellen'. Rationele rehabilitatie richt zich primair op de stoornis en is daarmee een vorm van behandeling.

Milieurehabilitatie

Milieurehabilitatie is een middel om de activiteiten en participatie van een aantal cliënten tegelijkertijd te vergroten door beïnvloeding van hun milieu. Cruciaal hierbij is een zo groot mogelijke betrokkenheid van cliënten bij alle fasen van het proces. Milieurehabilitatie kan gebruikt worden om een milieu meer geschikt te maken voor het toepassen van de Individuele Rehabilitatiebenadering.

Rehistoriserende benadering

De rehistoriserende benadering gaat uit van het maken van het eigen levensverhaal van de cliënt. Dit staat in contrast met het veel te beperkte verhaal van de ziektegeschiedenis. Aan familie wordt een belangrijke plaats toegekend. Petry, de ontwerper van deze benadering, spreekt van 'synchronisatie van de triade (patiënt - familie - hulpverlener)'. De cliënt, zijn familie en hun omgeving worden uitgenodigd zichzelf weer als een sociaal verband te beschouwen en hun levensgeschiedenis(en) in onderlinge samenhang te leren zien. De rehistoriserende benadering is methodisch weinig uitgewerkt en biedt vooral uitgangspunten voor de visie en attitude van hulpverleners.

1.10 Contactgegevens ontwikkelaar

Stichting Rehabilitatie '92
Mgr. van de Weteringstraat 132b
3581 EN Utrecht
info@rehabilitatie92.nl
030 - 2145 002
www.rehabilitatie92.nl

Contactpersoon:

Lies Korevaar
030 - 2145 002
lieskorevaar@hetnet.nl





2. Onderbouwing

2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode

De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) is ontwikkeld door het Centrum voor Psychiatrische Rehabilitatie van de Universiteit van Boston. De IRB staat ook bekend als het Kiezen-Verkrijgen-Behouden model.

De IRB is onder de naam 'Psychiatric Rehabilitation' ontwikkeld door het Center for Psychiatric Rehabilitation van de Universiteit van Boston, te Boston, VS (Anthony e.a., 2002). Dit centrum werd, evenals enkele andere bekende Amerikaanse rehabilitatiecentra, opgericht aan het einde van de jaren '70 van de vorige eeuw. In de jaren '60 en '70 vond in de VS een grote 'deïstitutionalisering' van de geestelijke gezondheidszorg plaats. De zorg in de grote State Hospitals was massaal, van een laag niveau, schadelijk voor de persoonlijkheid en bovendien te kostbaar. Met hulp van de in de jaren '50 en '60 beschikbaar gekomen psychofarmaca en nieuwe ambulante behandelvormen werd een verandering in de richting van zorg in de gemeenschap mogelijk geacht. Dergelijke ontwikkelingen deden zich ook voor in het Verenigd Koninkrijk, Australië, Italië en Frankrijk. Vooral in de Verenigde Staten ontstond al gauw een situatie waarin chronisch zieke, langdurig zorgafhankelijke patiënten verkommerden in slechte pensions en op straat. Rehabilitatie was oorspronkelijk een beweging die beoogde deze patiënten de erkenning, vaardigheden en hulpbronnen te bieden die een volwaardig bestaan mogelijk zouden maken.

In 1992 is de IRB in Nederland geïntroduceerd door de Stichting Rehabilitatie '92 in Rotterdam (Dröes, 1992). In Nederland is er geen grote deïstitutionalisering geweest, maar onder cliënten en hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg groeide het besef dat langdurige klinische opnames mensen vaak afhankelijker en beperkter maken dan nodig en gewenst. Op beleidsniveau werd 'vermaatschappelijking van de zorg' nagestreefd. In dit klimaat was rehabilitatie een waardevolle techniek om mensen te helpen zo zelfstandig en zelfredzaam mogelijk te worden. In eerste instantie werd de IRB dan ook verspreid in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de randgebieden van de ggz (woonprojecten, werkprojecten, dagbestedingsinitiatieven en maatschappelijke opvang).

Bij het toepassen van de IRB-techniek in Nederland is in de laatste jaren gebleken dat rehabilitatie niet alleen bij mensen met een psychiatrische aandoening bruikbaar is. Feitelijk kunnen alle mensen met beperkingen ervan profiteren en wel om een eenvoudige reden. Voor alle mensen met beperkingen is het extra belangrijk om duidelijke doelen te stellen en de benodigde vaardigheden en hulpbronnen te inventariseren, te verkrijgen en te gebruiken. Rehabilitatie verschaft een techniek om dit op een praktische manier te doen.

In de geestelijke gezondheidszorg is in de laatste jaren het begrip 'herstel' in opkomst. Herstel is het individuele proces dat mensen doormaken bij het oprabbelen na een periode van ziekte. Hoewel herstellen in de eerste plaats gebeurt met hulp van lotgenoten, vrienden, familie en collega's, kan de professionele zorg ook een bijdrage leveren. Rehabilitatie is naast





bemoeizorg, behandeling en zelfhulp een herstelondersteunende techniek. Rehabilitatie heeft vooral betrekking op het herstel van maatschappelijk rolfunctioneren.

2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

In het standaardwerk 'Psychiatric Rehabilitation' onderbouwen Anthony en zijn medeauteurs hun methode vanuit de literatuur. Zij beroepen zich op principes van revalidatiepsychologie, op literatuur die mythes over de doelgroep ontkracht, op de *client-centered* psychotherapie van Rogers (Rogers, 1961) en op publicaties over *teaching as treatment* van Carkhuff (Carkhuff & Berenson, 1976).

Revalidatiepsychologie

De ontwerpers van de IRB gebruiken de analogie van lichamelijke en psychiatrische revalidatie om uit te leggen wat psychiatrische rehabilitatie is (Anthony e.a., 2002). William Anthony heeft als revalidatiepsycholoog gewerkt met veteranen uit de Vietnamoorlog. In de IRB is dan ook een aantal revalidatieprincipes herkenbaar, bijvoorbeeld: het eerst stellen van (rol)doelen, het onderzoeken van benodigde vaardigheden en hulpbronnen en het bezien van hulpbronnen als individueel goed passend gemaakte 'prothesen' (bijvoorbeeld: werkaanpassingen zijn voor een arbeidsgehandicapte een prothese zoals een kunstbeen dat is voor een fysiek gehandicapte die een been mist).

Vanuit de praktijk van de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek werd duidelijk dat voor hen eerherstel, *empowerment* en hulp bij zelfbepaling en het maken van keuzes erg belangrijk zijn. De ontwikkelde modules werden in de VS in *pilots* beproefd en vervolgens op basis van de bevindingen bijgewerkt.

Ontkrachting van mythes

Vaak gehoorde mythes over mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen houden in dat hun stoornissen blijvend zijn, dat zij niet in staat zijn zelf doelen te stellen en na te streven en dat zij moeilijk leren. Uit de literatuur blijkt echter dat mensen met beperkingen over het algemeen doelen kunnen stellen en behalen, dat zij vaardigheden kunnen leren en dat zij dikwijls geholpen kunnen worden met relatief eenvoudige hulpmiddelen (Anthony e.a., 2002). In latere jaren is het begrip 'herstel' leidend geworden. Uit de literatuur blijkt namelijk dat veel cliënten met psychiatrische problematiek geheel of gedeeltelijk herstellen; rehabilitatie is één van de methoden om dit herstel te ondersteunen en te bevorderen (Dröes, 2005). Over andere groepen mensen met beperkingen bestaan dikwijls ook vooroordelen die moeten worden ontkracht.

Cliënt-centered psychotherapie

De IRB is bedoeld om mensen zelf doelen te laten stellen. Om tot doelbepaling te komen is een non-directieve, explorerende gesprekstechniek aangewezen. Verder is een veilige atmosfeer belangrijk. In de *client-centered psychotherapie* (Rogers, 1961) staat het reflecteren van gevoelens (actief luisteren) zonder een bepaalde richting op te leggen (non-directief) centraal. Een ander kernwoord is empathie, het zich kunnen inleven in de gedachten en gevoelens van



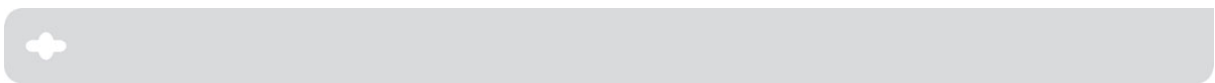


een ander. Uitgangspunt is dat de patiënt een volwassene iemand is die best weet wat er met hem aan de hand is. De hulpverlener die een begeleidingsfunctie heeft, werkt de *genezing* in de hand door zijn *totale aanvaarding* van de mens mét zijn problemen. De Rogeriaanse benadering is binnen de IRB dus uitgewerkt in een explorerende en uitnodigende gesprekstechniek die vooral van belang is voor de modules doelvaardigheid beoordelen en een doel stellen.

Teaching as treatment

De benadering *teaching as treatment* van Carkhuff en Berenson (1976) is terug te vinden in de opzet van alle modules en in het bijzonder in de vaardigheidsdiagnostiek en -interventies van de IRB. Het idee is dat je bijvoorbeeld tegelijk een doel stelt en leert hoe je een doel stelt. Je leert de abstracte vaardigheid 'hoe stel ik een doel' door het in de praktijk één keer of vaker onder begeleiding te doen. Vanuit deze benadering is de hulpverlener eerder een coach dan een therapeut. Juist dit principe maakt dat de benadering ook buiten de psychiatrie goed kan worden toegepast.







3. Onderzoek praktijkervaringen

3.1 Uitvoerende organisaties

De IRB wordt veelvuldig gebruikt in de langdurige zorg in de volwassenenpsychiatrie. De laatste jaren wordt ze ook gebruikt in de zorg voor niet-dementerende ouderen, de verslavingszorg, de maatschappelijke opvang, voorzieningen voor adolescenten, voor licht verstandelijk gehandicapten en voor verstandelijk normaal begaafde mensen met een stoornis in het autismespectrum.

De techniek wordt zowel intramuraal en semimuraal als extramuraal toegepast. De IRB wordt dus gebruikt in psychiatrische ziekenhuizen, regionale instellingen voor beschermd wonen, arbeidsprojecten en arbeidsbemiddelingsprojecten, in poliklinische settings en in toeleidingstrajecten naar (mbo-)onderwijs. Er zijn enkele *pilots* geweest bij gemeentelijke sociale diensten in het kader van sociale activering of arbeidstoeleiding. In die projecten is wel gebleken dat het inspanning kan kosten om de bestaande oriëntatie van medewerkers van sociale diensten op het uitvoeren van de wet en de ontwikkelingsgerichte rehabilitatiehouding met elkaar te verenigen.

De spreiding van het gebruik van de IRB is landelijk. In instellingen die langdurig met de IRB werken is meestal een infrastructuur geschapen om de deskundigheid via training en werkbegeleiding op peil te houden.

De hieronder beschreven praktijkervaringen van de professional en cliënt/burger zijn gebaseerd op de volgende publicaties:

De Individuele Rehabilitatie Benadering, geschreven in 2007 door J. Dröes & M. Brugman in H. van de Beek e.a., Buitengewoon werk uitgegeven door SWP in Amsterdam.

Dit artikel omvat een samenvatting van de werkwijze en de implementatie van de IRB in een instelling voor beschermd wonen. De ervaringen van een cliënt zijn hierin opgenomen als illustratie.

Implementatie Rehabilitatie, een evaluatie onderzoek naar de invoering van de Individuele Rehabilitatie Benadering bij GGZ Zuidwest Friesland, geschreven door K.M.C. Landman-Peeters, P.C. Van der Ende en L. Korevaar in 2008, uitgegeven door het Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool in Groningen. In dit kleine evaluatieonderzoek werden dertien rehabilitatietrajecten, begeleid door acht hulpverleners, geëvalueerd.

Doelbewust aan het werk, geschreven door D. van der Meer & L. Polstra in 1999, uitgegeven door DAAT-Drenthe in Assen. Onderzoek naar de implementatie van de IRB in en het functioneren van het arbeidsrehabilitatieproject Plan Support in Assen. Er werden 38





deelnemers, vier trajectbegeleiders en vijf werkbegeleiders geïnterviewd. Het rapport besluit met aanbevelingen voor verbetering van de werkwijze.

Rehabilitatie, hoe langer hoe beter, geschreven door W. Swildens, A. van Keijzerswaard en M. Valenkamp in 2001, uitgegeven door SWP in Amsterdam.

Implementatiestudie over het gebruik van de IRB bij 62 ambulante en opgenomen cliënten en 29 begeleiders van Altrecht (een grote instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Utrecht). In hun onderzoeksverslag inventariseren de auteurs de effectiviteit van de IRB en de ervaringen van cliënten en hun begeleiders met het gebruik ervan.

Studeren met succes. Vijf succesvolle projecten rond Begeleid Leren voor studenten met psychische beperkingen, geschreven door C. de Wolff, L. Korevaar, A. Zijlstra, B. Alferink & E. Hofman in 2009, uitgegeven door het Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool Groningen. Literatuurstudie over succesfactoren bij de implementatie van begeleid leren, een selectie op basis van de literatuur van vijf *good practices*, bestudering van documentatie over deze projecten en tenslotte interviews met managers, studentbegeleiders en studenten bij een vijftal projecten. Resultaat: beschrijving van vijf succesvolle projecten en van factoren die tot dit succes hebben bijgedragen.

The Choose–Get–Keep Model of Psychiatric Rehabilitation: A Synopsis of Recent Studies, geschreven door Rogers, E.S., W.A. Anthony & M. Farkas in 2006, gepubliceerd in *Rehabilitation Psychology*, 51, 3, 247–256.

In dit reviewartikel worden 10 onderzoeken besproken (zie ook bijlage 2, onderzoek 6). Het reviewartikel geeft de stand van zaken weer tot 2006. De belangrijkste studie (Shern et al., 2000) hebben wij apart besproken (zie bijlage 2, deel 4-a. onderzoek 3). De andere 9 studies zijn meer kwalitatief van aard en de belangrijkste conclusie daaruit wordt daarom in dit onderdeel meegenomen.

3.2 Praktijkervaringen van de professional

Goed toepasbaar

Uit een review van vooral kwalitatieve studies (Rogers e. a., 2006) blijkt dat de IRB in potentie nuttig is en goed kan worden geïmplementeerd in diverse settings.

Werken vanuit wensen en mogelijkheden van cliënten

Landman-Peeters e.a. (2008) schrijven dat de hulpverleners het positief waarderen dat de cliënt centraal staat en gewerkt wordt vanuit zijn/haar wensen en mogelijkheden in plaats van beperkingen. Swildens e.a. (2001) voegen hieraan toe dat de meeste medewerkers de IRB een goede benadering vinden om beter inzicht te krijgen in de toekomstwensen van cliënten en in wat zij nodig hebben aan ondersteuning en vaardigheden. Landman-Peeters e.a. (2008) zien ook positieve neveneffecten: cliënten zouden door het doorlopen van het traject meer grip hebben gekregen op hun leven, zelfstandiger en ondernemender zijn geworden, meer





contacten en bezigheden buiten de ggz zijn gaan zoeken en zelf meer invloed op hun sociale contacten hebben.

Duidelijk gezamenlijk taalgebruik

Van der Meer & Polstra (1999) constateren dat de trajectbegeleiders van Plan Support zonder uitzondering bijzonder te spreken zijn over de IRB-methodiek. Ze vertellen dat het voor alle betrokkenen veel duidelijkheid biedt. Iedereen werkt in dezelfde volgorde en gebruikt dezelfde begrippen.

Toepassing is niet altijd gemakkelijk

Landman-Peeters e.a. (2008) vermelden dat de hulpverleners IRB-trajecten soms als langdurig en ingewikkeld ervaren. Een bron van problemen is dat cliënten niet altijd realistische verwachtingen hebben. Swildens e.a. (2001) schrijven dat iets minder dan tweederde van de hulpverleners (62%) tevreden is over het verloop van het rehabilitatieproces. De begeleiders geven als redenen voor een minder positieve beoordeling van het verloop van het rehabilitatieproces dat cliënten zich soms moeilijk laten structureren in het gesprek, dat zij soms snel wisselende ideeën over de toekomst hebben en dat processen soms worden doorbroken door crises. Andere redenen voor minder succesvolle trajecten waren gebrek aan kennis over bepaalde terreinen bij de begeleiders en gebrek aan tijd om samen nuttige plekken te gaan bezoeken.

Verbindende eigenschappen

De IRB is een veelgebruikte methode in begeleid lerenprojecten. De Wolff e.a. (2009) beschouwen als één van de voordelen van de IRB dat deze methode organisaties met uiteenlopende doelstellingen, culturen en medewerkers in staat stelt samen te werken aan een gezamenlijk begeleid lerenproject. Doordat het functioneren van de cliënt als student voorop staat, kunnen zorg en onderwijs zich erop richten om dit zo effectief mogelijk te ondersteunen.

Ervaringen in het werken met de IRB zijn dus enerzijds dat de methode werkt vanuit de doelen van de cliënt, houvast, duidelijkheid en verbinding tussen verschillende velden biedt en anderzijds dat toepassing ervan eisen stelt aan zowel werkers als cliënten. Bij sommige cliënten en voor sommige werkers zijn die eisen hindernissen voor het gebruik. Vereisten zijn het vermogen om het gesprek te structureren, om aan te sluiten bij het gebied waarop de cliënt wensen heeft en gelegenheid (vooral tijd) om met cliënten samen bepaalde mogelijkheden te onderzoeken.

3.3 Praktijkervaringen van de cliënt/burger

Werken vanuit wensen en mogelijkheden van cliënten

Landman-Peeters e.a. (2008) schrijven over de ervaringen van cliënten met het gebruik van de IRB dat cliënten de werkwijze geordend, overzichtelijk en duidelijk vinden. Ze ervaren het als positief dat de methodiek uitgaat van hun wensen, dat er naar hen werd geluisterd en dat ze zelf keuzes hebben kunnen maken. Hierdoor hadden cliënten het gevoel zelf richting aan hun





ontwikkelingsproces te kunnen geven. Het traject heeft voor meer dan de helft van de cliënten opgeleverd dat ze hun doel hebben gehaald. Het volgende citaat illustreert dat (Dröes en Brugman, 2007):

“Toen wij begonnen heeft mijn begeleidster het eerst uitgelegd. Zij zei: ‘Ik stel je vragen over het onderwerp sociale contacten’. Ik moet zeggen dat het pittige vragen waren. Ik moest dikwijls diep nadenken om te antwoorden. Na enkele weken kreeg ik meer duidelijkheid en kreeg ik er meer zin in. Ook zag ik dat ik de uitkomst van de wekelijkse gesprekken ging toepassen in mijn leven. Om een voorbeeld te noemen: ik ging meer contacten leggen op mijn werk. Eerst was ik een zwijgzaam type en nu durf ik ook mijn mond open te doen. Dat is een stuk plezieriger. Ik kan het iedereen aanraden om ermee aan de slag te gaan. IRB heeft voor mij weer deuren geopend. Ik ben er erg mee geholpen, want ik leerde beter naar mezelf te kijken.”

Op gang komen van reflectie

Van der Meer en Polstra (1999) zien dat vooral het onderdeel functionele diagnostiek momenten van bezinning oplevert. Een citaat van een deelnemer:

“In het begin vond ik dat mij helemaal niets mankeerde, zij waren allemaal gek en ik zou terug de maatschappij in. Dan kom je langzamerhand struikelblokken tegen tijdens je werk op Plan Support. Daar ga je dan over praten doordat die lijsten worden ingevuld (bedoeld worden de IRB-werkbladen - red.). Hoe meer je tegenkomt, hoe meer je gaat praten met je begeleiders. Die gaven me toen adviezen hoe ik ermee om kon gaan. Je werkt als het ware een boek af over jezelf.”

Ook Swildens e.a. (2001) geven voorbeelden van het op gang komen van innerlijke reflectie bij cliënten als gevolg van het gebruik van de IRB:

“Ik heb nu meer inzicht in waar ik wil wonen en dat ik vrijwilligerswerk wil doen met lotgenoten en andere gehandicapten. Ik weet ook waar ik me daarvoor kan oriënteren.”

“Ik heb nu wel een betere dagbesteding gevonden met cursussen en vrijwilligerswerk die ik leuk vind, maar ik wil eigenlijk iets meer en weet niet goed wat, iets waar ik plezier in heb en waar ik me toch goed genoeg voor voel.”

Cliënten zijn over het algemeen positief over begeleiding met de IRB. Zij waarderen de aandacht voor hun eigen wensen en de bewustwording die het formuleren van en werken aan doelen en hindernissen met zich meebrengt.

Soms zijn er ook bezwaren tegen de IRB-methode. Een geregeld gehoord bezwaar is het taalgebruik; bepaalde woorden worden als moeilijk en onduidelijk ervaren. Dit bezwaar is vanzelfsprekend mede afhankelijk van het vermogen van de begeleider om de min of meer abstracte IRB-concepten in gewoon Nederlands te vertalen. Een ander bezwaar is dat de methode tijdrovend is. Sommige cliënten vinden kleine stappen prettig, anderen schieten liever sneller op. Ook dit bezwaar is afhankelijk van de handigheid van de begeleider, in dit geval de handigheid om het tempo te variëren. Ten slotte wordt de methode soms als confronterend





ervaren. Dat geldt vooral voor de functionele diagnostiek (Swildens e.a., 2001). Maar in het arbeidsproject Plan Support kwamen Van der Meer en Polstra (1999) ook deelnemers tegen die dit juist wel positief vonden:

"Ik vond dat hij me hard aanpakte, maar je weet wel waar je aan toe bent en ik heb er veel van geleerd".

3.4 Praktijkvoorbeeld

In het onderstaande praktijkvoorbeeld wordt een heel rehabilitatietraject in beeld gebracht. Terreinen, doeltypes, fasen en IRB-modules (en onderdelen daarvan) zijn cursief gedrukt.

Mevrouw B. meldt zich aan bij de maatschappelijk werker omdat zij zich gedeprimeerd voelt. Zij is bang haar baan kwijt te raken en dan in financiële problemen te geraken. Ze voelt zich ook eenzaam. Mevrouw B. is van mening dat er iets in haar leven moet veranderen maar ze weet niet precies wát. Het *rehabilitatieterrein* is dus nog onduidelijk en mevrouw is in de *fase van verkennen*. Ze heeft wel behoefte aan een verandering (er zal dus wel een *veranderdoel* uitkomen). Na het eerste gesprek besluiten mevrouw B. en haar begeleider dat mevrouw B. eigenlijk vooral prettige contacten mist. Ze besluiten in het volgende gesprek in te gaan op het rehabilitatieterrein '*sociale contacten*'.

In het tweede gesprek stelt de maatschappelijk werker mevrouw B. voor om samen een doelvaardigheidsbeoordeling te maken op het terrein van sociale contacten. Dat levert het volgende *Doelvaardigheidsprofiel* op.

Noodzaak: Mevrouw voelt zich bij familie niet erkend en minderwaardig. Bij veel vrienden heeft ze het gevoel dat ze meer geeft dan ze terugkrijgt. Bij haar collega's heeft ze het gevoel dat ze intellectueel niet aan haar trekken komt. Ze zou graag andere mensen willen ontmoeten. De noodzaak hiertoe is hoog.

Inzet en identiteitsbesef: Mevrouw heeft wel positieve verwachtingen van nieuwe contacten. Ze verwacht mensen te ontmoeten die interesses met haar delen, die in staat zijn over hun gevoelens te praten en die belangstelling tonen voor haar. Ze ziet ook hindernissen: ze heeft niet veel geld te besteden en ze is niet zeker van zichzelf. Ze ziet zich niet zo maar iemand uitnodigen. Haar inzet is vrij groot en haar identiteitsbesef is goed.

Begeleidingsbehoefte: Mevrouw voelt zich erg prettig bij de maatschappelijk werker en hoopt dat zij haar kan helpen bij het nadenken over mogelijkheden. Ze wil graag begeleid worden.

Omgevingsbesef: Zelf heeft ze geen idee van de mogelijkheden. Zij heeft ook geen idee waar en hoe ze aan een nieuwe vriendenkring zou kunnen komen. Haar omgevingsbesef is gering. De *doelvaardigheidstekorten* van mevrouw B. liggen dus vooral op de gebieden 'inzet' en 'omgevingsbesef'.

Bij het bespreken van de doelvaardigheidsbeoordeling komen de maatschappelijk werker en mevrouw B. op de gedachte om te kijken naar de *dagbesteding*. Dit blijkt een goede greep want





mevrouw ziet er veel heil in om haar contacten uit te bereiden via ander vrijwilligerswerk. Ze denkt dat een leuke werkplek met leuke collega's al een heel eind in haar behoefte zal voorzien. Hierna gaan mevrouw B. en haar maatschappelijk werker verder met het stellen van een doel op het gebied van vrijwilligerswerk.

Door het uitgebreide doelvaardigheidsonderzoek heeft mevrouw B. haar *persoonlijke criteria* met betrekking tot werk nu snel helder. Uit het gesprek komen de volgende criteria:

- leuke collega's
- een baas die duidelijk communiceert
- een bereikbare werkplek
- een redelijke vergoeding
- acceptabele uren
- werken met volwassenen of kinderen
- sociaal bedrijf.

Het vinden van *alternatieve omgevingen* blijkt lastiger. Mevrouw heeft eigenlijk geen idee van de mogelijkheden. In samenspraak met de maatschappelijk werker onderneemt zij een aantal onderzoekacties: een bezoek aan de vrijwilligersvacaturebank, een advertentieonderzoek, een bezoek aan verschillende uitzendbureaus en een gesprek met iemand van het arbeidsrehabilitatiecentrum. Hieruit komen vier op het oog geschikte alternatieven voort:

- leidster op vrijwillige basis op het kinderdagverblijf
- overblijfjuf
- vrijwilliger in het buurthuis
- verkoopster in een boekenzaak.

Nadat ze bij verschillende alternatieven is gaan kijken, besluit mevrouw B. dat ze aan het volgende doel gaat werken: Ik wil vanaf september (*tijd*) in dienst treden bij de basisschool (*omgeving*) als overblijfkracht (*rol*).

Wanneer het duidelijk is dat mevrouw B. als overblijfkracht zal gaan werken, maken zij en haar begeleider een functionele diagnostiekkaart waarop alle onmisbare *vaardigheden* staan voor het verkrijgen en behouden van de rol van overblijfkracht. Haar *sterke kanten* liggen in het contact met de kinderen. De kinderen lopen met haar weg en in feite blijkt dat ze bijna alleen een groep zou kunnen draaien. Haar *zwakkere kanten* gaan over het bijhouden van de administratie en de contacten met ouders. Mevrouw B. en haar *casemanager* maken nu een rehabilitatieplan om deze punten aan te pakken. In het rehabilitatieplan komt ook een hulpbron voor. Mevrouw B. zou in haar rol als overblijfjuf namelijk graag geregelde *feedback* (*ondersteuning*) krijgen van een collega (*hulpmiddel*). Het zou haar helpen wanneer ze van een ervaren kracht hoort hoe ze het doet en waar ze wellicht iets aan moet veranderen.

Mevrouw B. en haar casemanager maken nu het volgende rehabilitatieplan.

Vaardigheidsinterventies:

Aanwezigheidslijsten bijhouden

B. houdt dagelijks op een lijst bij welke kinderen aanwezig zijn en zorgt dat deze lijst bij de coördinator komt. B. en de casemanager maken hiervoor een





toepassingsplan en voeren dit uit (*stappenplan toepassing*).

Ouders te woord staan

B. verwijst ouders die haar aanspreken op het plein met een vraag over de kinderen door naar het spreekuur van de coördinator (*vaardigheid*). B. volgt een *vaardighedsles* bij trainer Y. Y. en B. maken samen een *toepassingsplan* voor deze vaardigheid op het moment dat B. klaar is met de les.

Hulpbroninterventies:

Iemand vinden die feedback geeft

De maatschappelijk werker en B. gaan in gesprek met de werkgever en regelen dat een collega iedere dag gedurende de eerste twee weken in vijf minuten de dag evalueert met B. Als het goed gaat kan de frequentie van deze gesprekjes in overleg verminderd worden (*hulpbron creëren*).

Mevrouw B. gaat in een individuele *vaardighedsles* leren hoe ze ouders op het plein te woord kan staan. In het verleden heeft ze regelmatig sociale vaardigheidstrainingen gevolgd. Dit heeft haar echter niet geleerd hoe ze deze specifieke vaardigheid moet uitvoeren. In de individuele les leert ze om op een beleefde manier niet in te gaan op vragen van ouders, maar deze te verwijzen naar het spreekuur. De trainer doet eerst zelf diverse *rollenspellen* met haar en nodigt daarna verschillende mensen uit om met B. de rol te *oefenen*. Ook wordt geoefend met verschillende reacties van ouders.

Vervolgens maken B. en haar vaardigheidstrainer een *stappenplan toepassing* met betrekking tot de vaardigheid 'ouders te woord staan'. In het begin loopt B. samen met iemand op het plein die haar kan helpen de vaardigheid uit te voeren. De *eerste stap* is dat deze 'coach' het gedrag voordeelt in deze situatie. De *tweede stap* is dat B. de vaardigheid uitvoert en nabespreekt met de coach. De *derde stap* is dat de coach wel op het plein loopt, maar niet samen met B., terwijl B wel ouders te woord staat. De *vierde stap* is dat B alleen pleindienst heeft. De coördinator die het rooster van de pleindienst maakt, houdt rekening met dit plan. Iedere week bespreekt B. met de trainer of een stap is afgerond en doorgegaan kan worden naar de volgende stap.

Mevrouw B. heeft al gauw een eigen groep op de school waar ze alle verantwoordelijkheid voor draagt. Ze voelt zich erg thuis in het team. Na enige tijd gaat ze met een collega samen sporten op de sportschool. Ook spreekt ze af en toe buiten werktijd af met een collega. Zo bereikt ze uiteindelijk haar oorspronkelijke doel: een verbetering van haar sociale contacten.







4. Effectonderzoek

4.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit

Er zijn in Nederland meerdere effectonderzoeken naar de IRB uitgevoerd. Aan het sterkste onderzoek wordt hieronder de meeste aandacht besteed. De andere twee onderzoeken bevestigen de resultaten uit het eerste en worden hier beknopt besproken.

Individuele rehabilitatiebenadering (IRB) bij ernstige psychiatrische stoornissen: effect op rehabilitatiedoelen en kwaliteit van leven, geschreven door W. Swildens, J. van Busschbach, H. Michon en H. Kroon in 2007, in: Schene, A., Boer, F., Jaspers, J.P.C., Sabbe., & Weeghel, J. van (Eds.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008*, pp 335-353, uitgegeven door Bohn Stafleu van Loghum in Houten.

Effectively Working on Rehabilitation Goals: An RCT of the Boston Psychiatric Rehabilitation approach, geschreven door W. Swildens, J. van Busschbach, H. Michon, H. Kroon, H. Koeter, D. Wiersma & J. van Os in 2010, gepubliceerd in *Psychiatric Services* (submitted).

Succesvol met de Individuele Rehabilitatie Benadering, Over verschillen in de effectiviteit van rehabilitatietrajecten, geschreven door J. van Busschbach, W. Swildens, H. Michon, H. Kroon, J. van Os & D. Wiersma in 2010, in: Van Rooijen & Van Weeghel (Red.). *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011*, pp 119-132, uitgegeven door Uitgeverij SWP in Amsterdam.

Onderzoeksaanpak

Dit onderzoek, waarover zoals hierboven duidelijk wordt meerdere publicaties zijn verschenen, is een gerandomiseerd *multisite* onderzoek. Het doel van het onderzoek was om na te gaan of de cliënten van hulpverleners die opgeleid zijn in de IRB (experimentele groep) vaker hun rehabilitatiedoelen behalen dan cliënten van hulpverleners die anders zijn opgeleid (controlegroep). De IRB-doelgroep betreft alle personen die begeleiding nodig hebben bij het kiezen, verkrijgen en behouden van hun participatiedoelen (bijvoorbeeld op het gebied van werk, dagbesteding, opleiding, woning en sociale contacten). Het gerandomiseerde onderzoek richtte zich op de doelgroep met de meeste beperkingen in het dagelijks leven. Daarbij is verondersteld dat wanneer aangetoond kan worden dat voor deze doelgroep de IRB werkzaam is, deze naar verwachting ook voor mensen met minder ernstige beperkingen werkzaam zal zijn of beter werkzaam zal zijn. Naast het geheel / gedeeltelijk / niet behalen van de individuele participatiedoelen zijn als secundaire uitkomstmaten gebruikt: functioneren (waaronder sociale participatie, empowerment), kwaliteit van leven en zorgbehoeften (zie bijlage 3, 1E: overzicht van het effect per uitkomstmaat).

Er zijn metingen gedaan bij de start van het rehabilitatietraject, na één jaar en na twee jaar. Er zijn 304 mensen benaderd die een veranderwens hadden. Van hen wilden 156 aan het onderzoek deelnemen. Van hen wees de randomisatie 80 mensen aan die IRB-begeleiding kregen (de experimentele conditie) aanvullend op hun reguliere begeleiding; 76 mensen kregen rehabilitatie *as usual* om aan hun veranderwens te werken (de controleconditie), ook aanvullend op de al aanwezige reguliere begeleiding. Van de 80 mensen uit de experimentele conditie zijn





er 75 na één jaar geïnterviewd en 67 na twee jaar. Van de controleconditie zijn van de 76 mensen 64 na één jaar en 55 na twee jaar geïnterviewd. Deze uitval is gelet op de doelgroep gering. Belangrijke uitvalredenen die meerdere malen voorkwamen waren: 1) cliënt wilde na de eerste meting en randomisatie niet meer meedoen aan het onderzoek, 2) cliënt is overleden of had een terminale ziekte, 3) cliënt is verhuisd naar een onbekend adres, is gaan zwerven of verhuisd naar buitenland en 4) er is sprake van ernstige psychiatrische terugval, soms met langdurige opname in een gesloten afdeling. Er is een 'implementatiegetrouwheidsinstrument' ontwikkeld. Daarmee krijgt elk van de IRB-begeleiders op basis van gespreksverslagen en een interview een score die aangeeft in hoeverre de IRB goed is toegepast. Daaruit blijkt dat de IRB (zeer) goed is toegepast.

Onderzoeksresultaten

De uitkomsten van het onderzoek zijn positief. Personen die IRB-begeleiding krijgen, slagen er na een jaar bijna twee keer zo vaak in om hun doelen helemaal te behalen als cliënten die andere vormen van rehabilitatiegerichte begeleiding krijgen. Na een jaar bereikte 31% van de personen die IRB-begeleiding kregen hun rehabilitatiedoel geheel, tegen 17% van de cliënten die andere begeleiding kregen. IRB-trajecten zijn ook op langere termijn succesvoller. Na twee jaar bereikte 46% van de cliënten die IRB-begeleiding kregen hun rehabilitatiedoel volledig, tegen 32% van de cliënten die andere begeleiding kregen.

Cliënten die hun rehabilitatiedoelen bereikten, ervaren ook een hogere kwaliteit van leven. Met andere woorden: ze zijn meer tevreden.

Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: een open onderzoek, geschreven door W. Swildens, A.J. van Keijzerswaard, T.F. van Wel, G.J.J. de Valk & M.W. Valenkamp in 2003 in Tijdschrift voor Psychiatrie, 45/1, pp. 15-26.

In dit onderzoek in Nederland met een voor- en een nameting, zonder controlegroep, zijn 58 patiënten met een chronische psychiatrische aandoening die langdurig in de ggz-instelling Altrecht waren opgenomen, die werden begeleid met de IRB gedurende twee jaar, gevolgd (zie bijlage 3 voor nadere informatie over de onderzoeksopzet). Het blijkt dat 41% het zelfgestelde doel geheel bereikte en 16% gedeeltelijk. De maatschappelijke participatie nam toe (21% ging zelfstandig wonen, 12% ging betaald werken, de groep had een hogere gemiddelde score op de activiteiten- en participatieschaal) en er was een afname van de rehabilitatiezorgbehoefte (zowel volgens de patiënten als volgens hun begeleiders). De ervaren autonomie bleef gelijk. De kwaliteit van leven steeg voor patiënten die hun doelen bereikten, terwijl de kwaliteit van leven daalde voor patiënten die hun doelen niet bereikten. Langere trajecten hadden meer kans op succes.

Does Rehabilitation Meet the Needs of Care and Improve the Quality of Life of Patients with Schizophrenia or Other Chronic Mental Disorders?, geschreven door J. van Busschbach & D. Wiersma in 2002 in Community Mental Health Journal/1, pp. 61-70.

De studie volgde een jaar lang 35 Nederlandse patiënten met voornamelijk een psychotische of affectieve stoornis (zie bijlage 3 voor nadere informatie over de onderzoeksopzet). De begeleiding via de IRB leidde na een jaar bij 46% tot geheel behaalde doelen en bij 34% tot





deels behaalde doelen. Het totaal aantal zorgbehoefte nam af en er waren minder onvervulde zorgbehoefte. Er waren geen significante effecten op kwaliteit van leven en op functioneren.

4.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit

Ook in het buitenland zijn meerdere wetenschappelijke onderzoeken naar de IRB uitgevoerd.

Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial, geschreven door D.L. Shern, S. Tsemberis, W. Anthony, A.M. Lovell, L. Richmond, C.J. Felton et al. in 2002, gepubliceerd in *American Journal of Public Health*, 90, pp. 1873-1878.

Deze studie gaat over daklozen die minimaal zeven van de laatste veertien dagen in een ruimte in het centrum van Manhattan (New York City) overnacht hebben die daar niet geschikt voor is. Daklozen zijn een moeilijk te bereiken doelgroep, waarbij vaak sprake is van ernstige psychiatrische stoornissen, alcohol- en/of drugsmisbruik en veel andere gezondheidsproblemen. De experimentele conditie (n=91) verschilde van de controleconditie (de standaardbehandeling die aan daklozen wordt aangeboden, bijvoorbeeld dagcentra, voedsel, casemanagement, maaltijden, gezondheidsdiensten, overnachtingen) (n=77) door het systematisch bieden van ondersteuning bij het kiezen, verkrijgen en behouden van zelfgedefinieerde doelen (de IRB). Deze ondersteuning is in een context aangeboden ('Choices' genaamd) waarbij voorzieningen beschikbaar waren (douches, voedsel op afgesproken tijden en een tiental 'respite'-bedden). Alle 168 personen zijn te typeren als chronisch thuisloos. Er was een voormeting en er waren nametingen na een half jaar, een jaar, anderhalf jaar en twee jaar. Tot en met de follow up na twee jaar is met 69% contact onderhouden. Negen personen overleden in de twee jaar. Bij de experimentele groep was de uitval wat lager (zie voor meer informatie over de onderzoeksopzet bijlage 3).

Uit de resultaten blijkt dat de personen uit de experimentele conditie vaker een dagprogramma bezoeken, minder moeite hebben om aan hun basale behoeften tegemoet te komen, minder tijd op straat verblijven en vaker in opvanghuizen verblijven. Daarnaast was er in de experimentele conditie een grotere toename in kwaliteit van leven en een grotere reductie in psychiatrische symptomen (angst, depressie en verwardheid). Er waren geen verschillen tussen de condities inzake zichzelf kleden, bezittingen behouden, minder verblijven in 'institutions', 'self-steem' en 'mastery'.

The VADO Approach in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial, geschreven door A. Gigantesco, M. Vittorielli, R. Pioli, I.R.H. Falloon, G. Rossi & P. Morosini in 2006, gepubliceerd in *Psychiatric Services*, 12, pp. 1778-1783.

Outcome assessment of the VADO approach in psychiatric rehabilitation: a partially randomised multicentric trial, geschreven door R. Pioli, M. Vittorielli, A. Gigantesco, G. Rossi, L. Basso, C. Caprioli, C. Buizza, A. Corradi, F. Mirabella, P. Morosini & I.R.H. Falloon in 2006, gepubliceerd in *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, pp. 2-5.





VADO is een Italiaanse afkorting die staat voor 'vaardigheidsassessment en het stellen van doelen', waarmee expliciet bedoeld wordt op de 'Boston Rehabilitation Center's approach' (is IRB). Vijfentachtig personen met chronische schizofrenie uit negen dagbehandelingcentra of klinische centra in Italië werden gerandomiseerd over VADO (n=43) en standaard zorg (n=42). Er was een voormeting, een meting na een half jaar en een meting na een jaar, die door 78 (n=41 vs n=37) personen zijn voltooid (zie voor meer informatie over de onderzoeks aanpak bijlage 3).

Het persoonlijk en sociaal functioneren verbetert aanzienlijk meer in de experimentele conditie dan in de controleconditie. Hetzelfde bleek ten aanzien van de psychiatrische symptomen, echter met slechts een klein effect.

A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities, geschreven door E.S. Rogers, W.A. Anthony, A. Lyass & W.E. Penk in 2006, gepubliceerd in *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49(3), pp.143-156.

Deze Amerikaanse studie richtte zich op twee benaderingen die 135 personen met psychiatrische beperkingen begeleiden naar werk: de choose-get-keep approach (= IRB) (experimentele conditie, n=70) en de reguliere arbeidsrehabilitatie met aanpassingen en toevoeging van voorzieningen voor mensen met psychiatrische beperkingen (n=65). Naast de voormeting zijn er metingen na negen maanden, na achttien maanden en na 24 maanden (zie bijlage 3 voor meer informatie over de onderzoeks aanpak).

Zowel de experimentele conditie als de controleconditie ging vooruit. Er zijn tussen de experimentele en controleconditie geen verschillen gevonden in verworven banen (al dan niet competitief) en evenmin op gevoel voor eigenwaarde, kwaliteit van leven en symptomatologie.





5. Conclusies

5.1 Samenvatting werkzame elementen

- Op het individu toegesneden benadering (1).
- Sluit direct aan bij toekomstwensen van het individu (1, 3, 4).
- Gaat uit van de capaciteiten van het individu (en niet van de beperkingen) (1).
- Straalt hoop uit, waardoor motivatie wordt vergroot (1, 3, 4).
- Is gericht op vergroting van de autonomie van het individu (1, 2).
- Attitude van gelijkwaardigheid en samen zoeken (1, 3).
- Hulpverleners worden ondersteund in het hanteren van een gedetailleerd uitgewerkte gesprekstechniek die helpt om een band te scheppen, te coachen en dicht bij de wens van de cliënt te blijven (3, 4).
- In eerste instantie gericht op aanleren van vaardigheden; daarna pas op het inzetten van hulpbronnen (1).
- De gesprekstechniek is goed overdraagbaar en leent zich voor werkbegeleiding en feedback (1, 3).

Verklaring classificatie veronderstelde werkzame elementen:

1 = Veronderstelling ontwikkelaar

2 = Wetenschappelijke of theoretische onderbouwing

3 = Praktijkervaringen

4 = Wetenschappelijk effectonderzoek.

Zie voor een toelichting de desbetreffende onderdelen van het werkblad.

5.2 Samenvatting effectonderzoek

Er zijn vier RCT's naar de IRB uitgevoerd, waarvan één in Nederland, en er zijn twee Nederlandse quasi-experimentele onderzoeken uitgevoerd.

Directe aanwijzingen

Swildens e.a. (2007) (Classificatie A) betreft een gerandomiseerd, *multisite* effectonderzoek met *follow-up* dat in Nederland is uitgevoerd bij personen met relatief veel beperkingen. Doel was om na te gaan of cliënten die begeleid worden door hulpverleners opgeleid in de IRB, vaker hun doelen bereiken dan cliënten die hierbij begeleid worden door anders opgeleide hulpverleners. Na twee jaar bereikte 46% van de cliënten die IRB-begeleiding kregen hun rehabilitatiedoel volledig, tegen 32% van de cliënten die andere begeleiding kregen. Cliënten die hun rehabilitatiedoelen bereikten, ervaren ook een hogere kwaliteit van leven.

De Nederlandse onderzoeken van Swildens e.a. (2003) (Classificatie E) en van Van Busschbach & Wiersma (2002) (Classificatie E) richtten zich op mensen met ernstige





psychiatrische stoornissen. Met ondersteuning van de IRB behaalde 57% tot 80% van hen na één tot twee jaar hun zelfgestelde doelen.

Indirecte aanwijzingen

Shern e.a. (2000) (Classificatie A) tonen aan dat de IRB zelfs met daklozen in de VS goede resultaten oplevert: in vergelijking met de controleconditie minder op straat verblijven, beter aan basale behoeften toekomen, vaker een dagprogramma volgen, minder last hebben van psychiatrische symptomen en een hogere kwaliteit van leven hebben.

Gigantesco e.a. (2006) (Classificatie A) vinden in Italië, in vergelijking met de controlegroep, na een jaar een klein effect op psychiatrische symptomen en een groot effect op persoonlijk en sociaal functioneren.

Rogers e.a. (2006) (Classificatie A) vinden in de VS geen verschil tussen de IRB en reguliere arbeidsrehabilitatie die is aangepast voor mensen met psychiatrische beperkingen; zowel de experimentele als de controleconditie gaat significant vooruit.

Verklaring classificatie voor typering onderzoeksopzet:

A = Experimenteel onderzoek in de praktijk en met *follow-up*

B = Quasi-experimenteel onderzoek in de praktijk en met *follow-up*

C = (Quasi-) experimenteel onderzoek, in de praktijk (zonder *follow-up*)

D = (Quasi-) experimenteel onderzoek, niet in de praktijk

E = Veranderingsonderzoek

F = *Monitoring*

Z = Geen van de voorgaande alternatieven.

Zie voor een toelichting bijlage 3.





6. Verantwoording

6.1 Zoeken en selecteren van literatuur

Zoekvraag en zoektermen

Wat is bekend over de praktijkervaringen met en de effectiviteit van de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) voor mensen met beperkingen ten aanzien van wonen, activiteiten, maatschappelijke participatie en eigenwaarde?

Op basis van de volgende zoektermen is gezocht naar literatuur over de methode:

- Individuele rehabilitatiebenadering
- IRB
- Zorg voor zelfstandigheid
- Op eigen benen
- Zorg voor zin
- Begeleid leren
- Psychiatric rehabilitation

Zoekstrategieën

Het beschikbare materiaal van de ontwikkelaar/rehabilitatiedeskundigen is gebruikt.

Er is gezocht in meerdere Nederlandse en internationale databanken:

- Catalogus MOVISIE
- NARCIS (voorheen Darenet)
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Cochrane Controlled Trials Register
- Campbell Library of Systematic Reviews
- Sociological Abstracts with ProQuest Full-Text
- Social Work Abstracts
- ERIC (education)
- Francis (multidisciplinair)
- IBSS (sociaal-wetenschappelijk)
- PiCarta
- MEDLINE/PubMed
- HBO Kennisbank
- PsychINFO
- SocINDEX

De referenties van het reeds gevonden materiaal zijn gecheckt.

Selecteren van literatuur

De literatuursearch leverde 32 publicaties op. Op basis van de titels en de *abstracts* is een eerste selectie gemaakt. Vervolgens zijn de mogelijk interessante artikelen aangevraagd en doorgenomen en verder geselecteerd op basis van relevantie. Publicaties die niet specifiek over IRB gingen, geen onderzoek betroffen of over onderzoek gingen dat al in een overzichtsstudie is meegenomen, zijn afgevalen.





6.2 Literatuur

Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W.A., Brown, M.A., Rogers, E.S. & Derringer, S. (1999). A supported living/supported employment program for reducing the number of people in institutions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23: 57–61.

Bassant, M. & Korevaar, L. (2002). *Van start tot finish, 1999-2002: publicatiebundel van het Rotterdamse project begeleid leren*. Rotterdam: ROC Zadkine, Stichting Rehabilitatie '92; Trimbos Instituut.

Bode, L., Feesem, E. van, Henskens, R. & Kuilman, M. (2006). *Gezondheid in kaart – verslaving*. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken.
www.netwerkgezondegemeenten.nl/docs/rotterdamverslaving.pdf

Busschbach, J. van & Wiersma, D. (1999). *Behoeftte, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie, een epidemiologisch studie*. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen.

Busschbach, J. van & Wiersma, D. (2002). Does Rehabilitation Meet the Needs of Care and Improve the Quality of Life of Patients with Schizophrenia or Other Chronic Mental Disorders? *Community Mental Health Journal*, 1: 61-70.

Busschbach, J. van, Swildens, W., Michon, H., Kroon, H., Os, J. van & Wiersma, D. (2010). Succesvol met de Individuele Rehabilitatie Benadering. Over verschillen in de effectiviteit van revalidatietrajecten. In: Van Rooijen & Van Weeghel (Red.). *Psychiatrische revalidatie. Jaarboek 2010-2011*: 119-132. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Carkhuff, R.R. & Berenson, B.G. (1976). *Teaching as treatment: An introduction to counseling and psychotherapy*. Amherst, MA: Human Resource Development Press.

Cohen, M.R., Danley, K. & Nemeec, P. (1985). *Psychiatric Rehabilitation training technology package: Direct Skills Teaching*, Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Cohen, M.R., Farkas, M.D. & Cohen, B. (1986). *Psychiatric Rehabilitation training technology package: Functional Assessment*, Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Cohen, M.R., Anthony, W.A., Farkas, M.D., Cohen, B. & Unger, K. (1991). *Psychiatric Rehabilitation training technology package: Setting an Overall Rehabilitation Goal*, Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Cohen, M.R., Anthony, W.A. & Farkas, M.D. (1997). Assessing and developing readiness for psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 48: 644–646.





Cohen, M.R., Forbess, R. & Farkas, M. (2000). *Rehabilitation readiness training technology: Developing readiness for rehabilitation (trainer package)*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Cohen, M.R., Nemec, P. & Farkas, M. (2000). *Connecting skills for rehabilitation readiness*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Danley, K.S., Sciarappa, K. & MacDonald-Wilson, K. (1992). Choose-get-keep: A psychiatric rehabilitation approach to supported employment. In: R.P. Liberman (Red.), *New directions in mental health services: Effective psychiatric rehabilitation*. San Francisco: Jossey Bass, 53: 87-96.

Danley, K.S., Rogers, E.S., MacDonald-Wilson, K. & Anthony, W.A. (1994). Supported employment for adults with psychiatric disability: Results of an innovative demonstration project. *Rehabilitation Psychology*, 39: 269-276.

Dröes, J. (1992). *Een opleidingsprogramma voor rehabilitatie bij chronisch psychiatrisch problematiek*. Rotterdam: Stichting Rehabilitatie '92.

Dröes, J. (2000). Methodische aspecten van de Individuele Rehabilitatie Benadering. In: M. Nuy en J. Dröes (eds.): *De Individuele Rehabilitatiebenadering, Inleiding tot gedachtegoed, techniek en randvoorwaarden*. Amsterdam: SWP.

Dröes, J. (Ed.) (2005). *Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel*. Amsterdam: SWP.

Dröes, J. & Brugman, M. (2007). De Individuele Rehabilitatie Benadering. In: H. van de Beek e.a. *Buitengewoon werk*. Amsterdam: SWP.

Ende P.C. van der & Venderink, M.M. (2008). De ouderrol: behoefteonderzoek en rehabilitatiemethodiek. In: A. Plooy, S. van Rooijen en J. van Weeghel: *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009: 199 - 208*. Amsterdam, SWP.

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

Gigantesco, A., Vittorelli, M., Pioli, R., Falloon, I.R.H., Rossi, G. & Morosini, P. (2006). The VADO Approach in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 12: 1778-1783.

Hutchinson, D., Anthony, W.A., Massaro, J. & Rogers, E.S. (2007). Evaluation of a combined supported computer education and employment training program for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 30 (3): 189-197.

Klerk, M.M.Y. de (Ed.) (2000). *Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarkt en financiële positie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.





Klerk, M.M.Y. de (Ed.) (2002). *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Klerk, M.M.Y. de (Ed.) (2007). *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Korevaar, L. (2005). *Rehabilitatie door educatie. Onderzoek naar een Begeleid Leren-programma voor mensen met psychiatrische problematiek*. Amsterdam, SWP.

Korevaar, L. & Dröes, J. (Red.) (2008). *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Laar, M. van (2002). Neemt het aantal mensen met afhankelijkheid toe of af? In: RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Landman-Peeters, K.M.C, Ende, P.S. van der & Korevaar, L. (2008). *Implementatie Rehabilitatie, een evaluatieonderzoek naar de invoering van de Individuele Rehabilitatie Benadering bij GGZ Zuidwest Friesland*. Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool.

Meer D. van der & Polstra, L. (1999). *Doelbewust aan het werk*. Assen: DAAT-Drenthe.

Michon, H. & Weeghel, J. (2008). *Rehabilitatie-onderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000 - 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Pioli, R., Vittorelli, M., Gigantesco, A., Rossi, G., Basso, L., Caprioli, C., Buizza, C., Corradi, A., Mirabella, F., Morosini, P. & Falloon, I.R.H. (2006). Outcome assessment of the VADO approach in psychiatric rehabilitation: a partially randomised multicentric trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3: 2-5.

Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, E.S., Anthony, W.A. & Farkas, M. (2006). The Choose-Get-Keep Model of Psychiatric Rehabilitation: A Synopsis of Recent Studies. *Rehabilitation Psychology*, 51 (3): 247-256.

Rogers, E.S., Anthony, W.A., Lyass, A. & Penk, W.E. (2006). A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49 (3): 143-156.

Shern, D.L., Tsemberis, S., Anthony, W.A., Lovell, A.M., Richmond, L., Felton, C.J., et al. (2000). Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, 90: 1873-1878.

Sullivan, A.P., Nicoletis, D.L, Danley, K.S. & MacDonald-Wilson, K. (1993). Choose-Get-Keep: A Psychiatric Rehabilitation Approach to Supported Education.





Psychosocial Rehabilitation Journal, 17(1): 55-68.

Swildens, W., Keijzerswaard, A. van & Valenkamp, M. (2001). *Rehabilitatie, hoe langer hoe beter*. Amsterdam:SWP.

Swildens, W., Keijzerswaard, A. van, Wel, T.F. van, Valk, G. de & Valenkamp, M. (2003). Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: een open onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45: 15-26.

Swildens, W., Busschbach, J. van, Michon, H. & Kroon, H. (2007). Individuele rehabilitatiebenadering (IRB) bij ernstige psychiatrische stoornissen: effect op rehabilitatiedoelen en kwaliteit van leven. In: A. Schene et al. (Red.) *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008*: 335-353. Houten: Bohn Stafleu van Loghum,

Swildens, W., Van Busschbach, J., Michon, H., Kroon, H., Koeter, H., Wiersma, D. & Os, J. van (2010). Effectively Working on Rehabilitation Goals: An RCT of the Boston Psychiatric Rehabilitation approach. *Psychiatric Services* (submitted).

Timmermans, J.M. (Ed.) (1994). *Rapportage gehandicapten*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA.

Timmermans, J. & Schoemakers-Salkinoja, I. (1996). *Rapportage gehandicapten 1995*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA.

Unger, K.V., Anthony, W.A., Sciarappa, K., & Rogers, E.S. (1991). A supported education program for young adults with long-term mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 42: 838-842.

Wiersma, D. (2004). *Evidentie voor geestelijke gezondheidszorg. RGOc-reeks 5*. Groningen: RGOc.

Wolff, C. de, Korevaar, L., Zijlstra, A., Alferink, B. & Hofman, E. (2009). *Studeren met succes. Vijf succesvolle projecten rond Begeleid Leren voor studenten met psychische beperkingen*. Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool Groningen.







Bijlage 1 – Toelichting effectonderzoek

Voor het vaststellen van de effectiviteit van methoden (onderdeel 4 van het werkblad) moet het onderzoek hiernaar systematisch in kaart worden gebracht (bijlagen 2 en 3).

Directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit

Er zijn twee typen aanwijzingen voor de effectiviteit van een methode:

- **Directe aanwijzingen.** Resultaten uit onderzoek die betrekking hebben op precies die methode die in het onderhavige document is beschreven.
- **Indirecte aanwijzingen.** Resultaten uit onderzoek naar andere methoden met hetzelfde doel en dezelfde doelgroep en aanpak.
Deze worden hier verder aangeduid als 'soortgelijke methoden'. Het gaat hier om:
 - Resultaten uit onderzoek naar buitenlandse versies van de methode (zoals *Motivational interviewing*, de Amerikaanse variant van de Nederlandse Motiverende gespreksvoering).
 - Resultaten uit onderzoek naar de effectiviteit van Nederlandse methoden die tot hetzelfde type of dezelfde 'familie' behoren (zoals de Nederlandse activeringsmethoden die gebaseerd zijn op *Supported employment*).

Soms zijn er onvoldoende directe aanwijzingen of kunnen relevante indirecte aanwijzingen de directe aanwijzingen ondersteunen. Bij de selectie van soortgelijke methoden is maatgevend in hoeverre de methode in de kern overeenkomt met de beschreven methode. Wanneer dit niet duidelijk is of wanneer de methode te zeer verschilt, is er geen sprake van een soortgelijke methode en dus ook niet van indirect bewijs voor effect.

Wanneer een methode veelvuldig is onderzocht, is het aantal primaire onderzoeken soms te groot om binnen het kader van *Effectieve interventies* te analyseren. Veelal zijn de primaire onderzoeken dan al geanalyseerd in *reviews* en metastudies. In dat geval gebruiken we de informatie uit deze overzichtsstudies. We volstaan dan met een globale analyse van de effectiviteit zoals gebleken uit de overzichtsstudies. Dit vullen we eventueel aan met een meer uitgebreide analyse van de (recente) primaire studies die (nog) niet in de overzichtsstudies zijn opgenomen.

Kenmerken effectonderzoek

Bij onderdeel 4 van het werkblad gaan we ervan uit dat er sprake is van een effectonderzoek wanneer er ten minste een meting heeft plaats gevonden dat een cijfermatige indicatie geeft van het effect van een methode. Onderzoek naar de door professionals, burgers en/of cliënten ervaren effectiviteit van een methode nemen we mee in onderdeel 3 van het werkblad.

Het methodologische gewicht van het effectonderzoek en de resultaten daarvan wordt onder meer bepaald door de aanwezigheid van een voor- en nameting, een controlegroep, de willekeurige samenstelling daarvan, de modelgetrouwheid van de methode en de uitvoering van een follow-upmeting. Het methodologische gewicht varieert van 'licht' effectonderzoek (monitoring- of veranderingsonderzoek) tot 'zwaar' effectonderzoek (Randomized Controlled Trial, RCT) en diverse vormen daar tussenin. Hoe 'zwaarder' het effectonderzoek, hoe 'harder' de uitspraken over de effectiviteit zijn. Dit wil niet zeggen dat er altijd gekozen moet worden voor zo zwaar mogelijk





effectonderzoek. Welk type effectonderzoek het meest passend is, hangt af van de kenmerken en het ontwikkelingsstadium van de methode en de beschikbare financiële middelen.

Bijlage 3 geeft een stapsgewijze uiteenzetting van de kenmerken per onderzoek en geeft een typering van de onderzoeksopzet. Het gaat daarbij om het objectief beschrijven van de kenmerken (onderdelen B t/m D). Externe deskundigen beoordelen in een later stadium de kwaliteit van het onderzoek (onderdelen E en F).

Gemeten effecten

In onderdeel E van bijlage 3 worden de onderzoeksresultaten cijfermatig in een tabel gepresenteerd. De onderzoeksresultaten kunnen aanwijzingen geven voor positieve, geen of negatieve effecten.

Uitkomstmaten

Effectonderzoeken beantwoorden een beperkt aantal vragen. De gestelde vragen worden aangeduid als 'uitkomstmaten'. Alleen op deze uitkomstmaten wordt een effect gemeten. Er kan alleen iets over effect gezegd worden voor zover het betrekking heeft op één van de onderzochte uitkomstmaten. In bijlage 3 wordt het effect dan ook per uitkomstmaat aangegeven.

Effectgrootte

De mate waarin een resultaat als positief is aan te merken, is mede afhankelijk van de effectgrootte. Tot voor kort werd het effect van een methode vooral uitgedrukt in een statistisch significant verschil tussen voor- en nameting, of tussen voor- en nameting en *follow-up*, of tussen de nameting van de experimentele en controlegroep. Een probleem bij deze aanpak is dat grote verschilscores in kleine groepen vaak niet significant zijn. Bij grote groepen kunnen heel kleine verschillen weliswaar als zeer significant uit de bus komen, maar praktisch gezien van weinig waarde zijn. De laatste jaren wordt er vaak voor gekozen om naast de statistische significantie ook de zogeheten effectgrootte d ('effectsize', ook wel aangeduid met ES) te rapporteren. Dit is een index die aangeeft hoe groot het waargenomen verschil is tussen voor- en nameting of tussen experimentele (interventie-) en controlegroep. Er bestaan verschillende formules voor het berekenen van d. De bekendste is¹:

$$d = \frac{\text{gemiddelde score nameting interventiegroep} - \text{gemiddelde score nameting controlegroep}}{\text{'gepooled' standaarddeviatie van beide groepen}}$$

De formule voor het berekenen van de 'gepooled' standaarddeviatie luidt daarbij als volgt:

$$\sqrt{\left(\frac{(n_i - 1)sd_i^2 + (n_c - 1)sd_c^2}{n_i + n_c - 2} \right)}$$

Hierbij staat de i voor interventiegroep of experimentgroep en de c voor controlegroep, sd i en sd c zijn de standaarddeviaties van respectievelijk de interventie- en controlegroep en ni en nc de steekproefgrootte van de interventie – en controlegroep.

¹ Zie: P.H. Rossi, M.W. Lipsey & H.E. Freeman (2004). Evaluation. A systematic approach (7th ed.). Thousand Oaks: Sage.





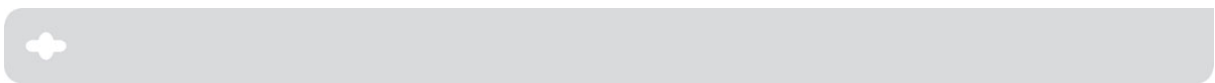
De index wordt een positieve waarde toegekend als het effect bij de interventiegroep (experimentele groep) gunstiger is dan bij de controlegroep en een negatieve waarde als het effect voor de controlegroep gunstiger is. Vuistregel bij de betekenis van d of ES is als volgt:

d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect;
 d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect;
 d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect.²

In sommige onderzoeksrapporten worden andere effectmaten gebruikt, in dat geval worden deze overgenomen.

² Zie o.a. J. Cohen (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.







Bijlage 2 – Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken

Onderzoeken naar praktijkervaringen (deel 3)

Methode	Onderzoek 1	Onderzoek 2	Onderzoek 3
Titel rapport	De Individuele Rehabilitatie Benadering	Implementatie Rehabilitatie	Doelbewust aan het werk
Auteur	Dröes, Brugman	Landman- Peeters, Van der Ende, Korevaar	Van der Meer, Polstra
Jaar	2007	2008	1999
Uitgever	In: H. van de Beek e.a. Buitengewoon werk. Amsterdam: SWP	Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool	Assen: DAAT Drenthe
Onderzoeks- vraag	Implementatietips IRB in een beschermende woonvorm	In hoeverre is IRB ingevoerd; welk draagvlak en welke ervaringen hulpverleners	In hoeverre is IRB ingevoerd, hoe functioneert IRB
In het onderzoek betrokken doelgroep	Langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten	Langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten	Langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten
Aantal geïnccludeerde subjecten(n)	Nvt	13 cliënten begeleid door 8 hulpverleners	38 deelnemers 4 trajectbege-leiders en 5 werk-begeleiders





Onderzoeken naar praktijkervaringen (deel 3)

Methode	Onderzoek 4	Onderzoek 5	Onderzoek 6
Titel rapport	Rehabilitatie, hoe langer hoe beter	Studeren met succes	The Choose-Get-Keep Model of Psychiatric Rehabilitation: A Synopsis of Recent Studies
Auteur	Swildens, Van Keijzerswaard, Valenkamp	De Wolff, Korevaar, Zijlstra, Alferink & Hofman	Rogers, Anthony, Farkas
Jaar	2001	2009	2006
Uitgever	SWP Amsterdam	Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool	Rehabilitation Psychology
Onderzoeks-vraag	Implementatiestudie, ervaringen met de werkwijze	Succes- en faalfactoren in <i>good practices</i>	Review van (pre- en quasi-) experimentele studies
In het onderzoek betrokken doelgroep	Langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten	Vijf good practices	Tien onderzoeken variërend van (ernstige) psychiatrische ziekte tot dak- en thuisloosheid, tot chronische ziekte en isolatie
Aantal geïnccludeerde subjecten(n)	62 ambulante en opgenomen cliënten, 29 begeleiders	Vijf good practices	Aantallen achtereenvolgens: 275, 52, 27, 20, 26, 80, 61, 164, 168, 135 personen
			Review A





Effectonderzoeken (deel 4 - a)

Methodie	Onderzoek 2	Onderzoek 3	Onderzoek 4
Titel	Effectively Working on Rehabilitation Goals: An RCT of the Boston Psychiatric Rehabilitation approach	Serving Street-Dwelling Individuals With Psychiatric Disabilities: Outcomes of a Psychiatric Rehabilitation Clinical Trial	The VADO Approach in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial
Auteur	Swildens, Van Busschbach, Michon, Kroon, Koeter, Wiersma, Van Os	Shern, Tsemberis, Anthony, Lovell, Richmond, Felton, Winarski, Cohen	Gigantesco, Vittorielli, Pioli, Falloon, Rossi, Morosini
Jaar	Submitted	2000	2006
Uitgever	Submitted	American Journal of Public Health	Psychiatric Services
Onderzochte doelen	Effectiviteit Individuele Rehabilitatie-Benadering in Nederland	Effectiviteit psychiatric rehabilitation approach (IRB)	Effectiviteit VADO (Skills Assessment and Definition of Goals)
In het onderzoek betrokken doelgroep	Patients with Severe Mental Illness (SMI) in Nederland	Street-dwelling persons with psychiatric disabilities	Patients with chronic schizophrenia
Aantal geïnccludeerde subjecten(n)	156	168	84
Typering onderzoeksopzet (zie bijlage 3)	RCT A	RCT A	RCT A





Effectonderzoeken (deel 4 - b)

Methodie	Onderzoek 5	Onderzoek 6	Onderzoek 7
Titel	A Randomized Clinical Trial of Vocational Rehabilitation for People With Psychiatric Disabilities	Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: een open onderzoek	Does rehabilitation meet the needs of care and quality of life of patients with schizophrenia or other chronic mental disorders
Auteur	Rogers, Anthony, Lyass, Penk	Swildens, Van Keijzerswaard, Van Wel, De Valk, Valenkamp	Van Busschbach, Wiersma
Jaar	2006	2003	2002
Uitgever	Rehabilitation Counseling Bulletin	Tijdschrift voor Psychiatrie	Community Mental Health Journal
Onderzochte doelen	Effectiviteit van de Choose-Get-Keep model of psychiatric rehabilitation	Hoe wordt de IRB toegepast en wat zijn de resultaten voor patiënten en medewerkers?	1) is goal attainment achieved and are clients satisfied; 2) are needs of care met and is dependency upon care decreased; 3) do quality of life and global functioning improve?
In het onderzoek betrokken doelgroep	People with psychiatric disabilities	Chronische psychiatrische patiënten	Chronische psychiatrische patiënten in Nederland
Aantal geïnccludeerde subjecten(n)	135	58	35
Typering onderzoeksopzet (zie bijlage 3)	RCT A	Voor- en nameting zonder controlegroep E	Voor- en nameting zonder controlegroep E





Bijlage 3 – Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken

A. Naam effectonderzoek

Effectively Working on Rehabilitation Goals: An RCT of the Boston Psychiatric Rehabilitation approach, geschreven door W. Swildens, J. van Busschbach, H. Michon, H. Kroon, H. Koeter, D. Wiersma & J. van Os in 2010, gepubliceerd in Psychiatric Services (submitted).

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd	x	
2	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant)	x	

C. Typing methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	x	
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	x	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	x	
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	x	
5	Er is een experimentele en een controleconditie.	x	
6	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .	x	
7	De resultaten hebben een praktische relevantie.		x
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').		x
9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.		x





Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3			7-8	
	E	Veranderingsonderzoek	1-4		(6)	7-8	
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4	5	(6)		(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5		7-8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	
X	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	9

Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
x	13	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.
	14	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie.
x	15	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
x	16	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
x	17	De representativiteit van de geïncludeerde subjecten is bepaald.
x	18	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).

D. Eventuele toelichting op scores onder C.

Begeleiders in de controlegroep kregen een aantal instructies met betrekking tot een uit te voeren interventie, zoals regelmatig en tenminste een keer per drie weken contact met de cliënt en samenwerken aan diens specifieke rehabilitatiedoel. Dit is dus bovenop de gebruikelijke zorg. Qua methodiek mocht men gebruik maken van diverse gebruikelijke generieke (verpleegkundige) methodieken, maar niet van de IRB (daar waren ze ook niet in opgeleid).





E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4
Omschrijving uitkomstmaat*	Bereiken rehabilitatiedoel	Functioneren, o.a. sociale participatie, empowerment	Kwaliteit van leven	Zorgbehoeften
Meetinstrument**	Vragenlijst voor cliënt: ja/nee doel bereikt	Birchwood SF Deelname aan werk, scholing, enzovoort ja/nee Segal PES	WHO-QOL	CAN
Effectsize ***	2: Middelmatig effect Effectsize: 0,50 (adjusted risk difference: 21%, 95% CI: 4-38; NNT=5).	Geen effect op functioneren gemeten met de Birchwood SF en PES Sociale participatie (PR: 21% adjusted increase, CC: 0% adjusted increase; NNT=5)	Geen effect	Geen effect
<p>* Waarop is effect gemeten ** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x *** Mogelijkheden: d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect = 1; d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect = 2; d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect = 3. Negatief effect wordt aangeduid met een -1, -2 of -3. Geen effect = 0. Zie voor toelichting bijlage 1.</p>				





A. Naam effectonderzoek

Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial, geschreven door D.L. Shern, S. Tsemberis, W. Anthony, A.M. Lovell, L. Richmond, C.J. Felton et al. in 2002, gepubliceerd in American Journal of Public Health, 90, pp. 1873-1878.

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd		x
2	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant)	x	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	x	
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	x	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	x	
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	x	
5	Er is een experimentele en een controleconditie.	x	
6	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .	x	
7	De resultaten hebben een praktische relevantie.		x
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').		x
9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.		x





Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3			7-8	
	E	Veranderingsonderzoek	1-4		(6)	7-8	
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4	5	(6)		(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5		7-8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	
x	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	9

Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

X	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
X	13	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.
	14	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie.
X	15	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
X	16	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
X	17	De representativiteit van de geïnccludeerde subjecten is bepaald.
	18	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4
Omschrijving uitkomstmaat*	Unmet needs	Housing status	Quality of life	Psychological status
Meetinstrument**	Face-to-face interview protocols: a structured recall method gebaseerd op Barrow (1990)	Housing status questionnaire	Lehman's Quality of Life Scales	Colorado Symptom Index; Rosenberg Self-Esteem Scale; Pearlin and Schoolar'e Mastery Scale
Effectsize ***	2: Middelmatig effect Effectsizes zijn: = Getting food: 0,50 = Having a place to sleep: 0,50 = Getting clothing: NS = Keeping clean: 0,50 = Finding a bathroom: NS = Keeping possessions: NS	2: Middelmatig effect 3: Groot effect Effectsizes zijn: Less time spent: = streets: 0,70 = shelters: 0,90 = community living: 0,40 = institutions: NS	3: Groot effect Effectsize: Overall: 0,80	2: Middelmatig effect Effectsizes: = symptoms (anxiety, depression, thought disturbance): 0,50 = self-esteem: NS = mastery: NS
* Waarop is effect gemeten ** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x *** Mogelijkheden: d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect = 1; d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect = 2; d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect = 3. Negatief effect wordt aangeduid met een -1, -2 of -3. Geen effect = 0. Zie voor toelichting bijlage 1.				





A. Naam effectonderzoek

The VADO Approach in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial, geschreven door A. Gigantesco, M. Vittorielli, R. Pioli, I.R.H. Falloon, G. Rossi & P. Morosini in 2006, gepubliceerd in Psychiatric Services, 12, pp. 1778-1783.

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd		x
2	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant)	x	

Toelichting: de onderzochte benadering is gebaseerd op de IRB (Boston Rehabilitation Approach), echter is uitgebreid met standaard metingen, meer gestructureerde assessment, en vluigere toepassing. In de *update* van de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie is dit onderzoek opgenomen als belangrijkste van de inmiddels gepubliceerde evidentie van de IRB (zie ook Michon & Van Weeghel, 2008).

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	x	
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	x	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	x	
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	x	
5	Er is een experimentele en een controleconditie.	x	
6	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .	x	
7	De resultaten hebben een praktische relevantie.		x
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').		x





9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.	x
---	--	---

Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3			7-8	
	E	Veranderingsonderzoek	1-4		(6)	7-8	
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4	5	(6)		(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5		7-8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	
x	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	9

Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

x	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
x	13	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.
	14	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie.
x	15	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
x	16	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
	17	De representativiteit van de geïnccludeerde subjecten is bepaald.
	18	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4
Omschrijving uitkomstmaat*	Persoonlijk en sociaal functioneren	Psychiatrische symptomen		
Meetinstrument**	Personal and Social Performance Scale (PSP)	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)		
Effectsize ***	2 tot 3: Middelmatig tot groot effect na 6 mnd: 0,50 na 12 mnd: 0,80	1: Klein effect na 6 mnd: 0,30 na 12 mnd: 0,20		
<p>* Waarop is effect gemeten</p> <p>** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x</p> <p>*** Mogelijkheden: d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect = 1; d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect = 2; d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect = 3. Negatief effect wordt aangeduid met een -1, -2 of -3. Geen effect = 0. Zie voor toelichting bijlage 1.</p>				

De effectsize van de 'PSP na 1 jaar' is geschat: deze SD ontbreekt namelijk in de tekst (de SD van na 6 maanden is bij de berekening gebruikt). Alle andere SD's zijn wel beschikbaar.





A. Naam effectonderzoek:

A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities, geschreven door E.S. Rogers, W.A. Anthony, A. Lyass & W.E. Penk in 2006, gepubliceerd in Rehabilitation Counseling Bulletin, 49(3), pp.143-156.

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	De resultaten van de studie zijn door experts beoordeeld.	X	
2	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant)	X	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	X	
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	X	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X	
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	X	
5	Er is een experimentele en een controleconditie.	X	
6	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .	X	
7	De resultaten hebben een praktische relevantie.		X
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').		X
9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.		X





Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3			7-8	
	E	Veranderingsonderzoek	1-4		(6)	7-8	
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4	5	(6)		(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5		7-8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	
X	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	9

Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
X	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
X	13	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.
	14	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie.
	15	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
	16	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
	17	De representativiteit van de geïncludeerde subjecten is bepaald.
	18	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

De controleconditie bestond uit de reguliere arbeidsrehabilitatie die op belangrijke punten is verbeterd, met als doel deze specifiek te richten op mensen met psychiatrische beperkingen. Er is geen fidelity bepaald voor de experimentele groep. Wel was er geregeld supervisie mede met als doel om de fidelity te bevorderen.

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4
Omschrijving uitkomstmaat*	werksituatie	psychiatrisch symptomen	kwaliteit van leven	self-esteem
Meetinstrument**	de betrokkene persoonlijk vragen naar werk of opleiding	BPRS	QOLI	Rosenberg Self-Esteem-Scale
Effectsize ***	0	0	0	0

* Waarop is effect gemeten

** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x

*** Mogelijkheden:

d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect = 1;

d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect = 2;

d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect = 3.

Negatief effect wordt aangeduid met een -1, -2 of -3.

Geen effect = 0.

Zie voor toelichting bijlage 1.





A. Naam effectonderzoek:

Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: een open onderzoek, geschreven door W. Swildens, A.J. van Keijzerswaard, T.F. van Wel, G.J.J. de Valk & M.W. Valenkamp in 2003, gepubliceerd in Tijdschrift voor Psychiatrie, 45/1, pp. 15-26.

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	De resultaten van de studie zijn door experts beoordeeld.	X	
2	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant)	X	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	X	
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	X	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X	
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	X	
5	Er is een experimentele en een controleconditie.		
6	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .		
7	De resultaten hebben een praktische relevantie.		X
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').		X
9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.		





Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3			7-8	
X	E	Veranderingsonderzoek	1-4		(6)	7-8	
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4	5	(6)		(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5		7-8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	
	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	9

Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
	13	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.
	14	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie.
X	15	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
X	16	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
X	17	De representativiteit van de geïnccludeerde subjecten is bepaald.
	18	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

De representativiteit is bepaald (dus er staat een kruisje). De uitkomst is dat de onderzochte populatie niet representatief is voor de hele populatie van de langdurige zorg in de psychiatrie (de onderzoeksgroep heeft namelijk minder beperkingen).

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4
Omschrijving uitkomstmaat*	bereiken van het rehabilitatiedoel (niet / deels / helemaal)	activiteiten- en participatieniveau	ervaren autonomie	afstemming zorgvraag en zorgbehoefte
Meetinstrument**	volgens de onderzoekers op basis van mening van cliënt en van begeleider	Vragenlijst Functioneringsniveau	Autonomieschaal	CAN
Effectsize ***	Zie G.	Zie G.	Zie G.	Zie G.
<p>* Waarop is effect gemeten</p> <p>** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x</p> <p>*** Mogelijkheden: d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect = 1; d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect = 2; d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect = 3. Negatief effect wordt aangeduid met een -1, -2 of -3. Geen effect = 0.</p> <p>Zie voor toelichting bijlage 1.</p>				

F. Onderzoeksresultaten

Tabel 1. Doelrealisatie na een jaar: multinominale regressieanalyse met de groep 'doel niet bereikt' als referentiecategorie

bereiken rehabilitatiedoel, resultaten na een jaar			verschil?
	IRB-begeleiding (n=80) %	'rehabilitatie as usual' (n=76) %	p-waarden
<i>Cliëntentvisie</i>			
Geheel of grotendeels	31	17	chi ² = 6,3; p < 0,05
Ten dele	20	34	
Niet of nauwelijks	49	49	
<i>Onderzoekersoordeel</i>			





bereiken rehabilitatiedoel, resultaten na een jaar			verschil?
	IRB-begeleiding (n=80) %	'rehabilitatie as usual' (n=76) %	p-waarden
Geheel of grotendeels	28	12	chi ² = 9,9; p < 0,05
Ten dele	21	41	
Niet of nauwelijks	50	46	

Tabel 2. Verandering in de kwaliteit van leven na een jaar: een vergelijking tussen de IRB- en de rehabilitatie-as-usual groep.

Kwaliteit van leven	Start		Na 1 jaar		
	IRB- begeleiding gem. (SD)	'Rehabilitatie as usual' gem. (SD)	IRB- begeleiding gem. (SD)	'Rehabilitatie as usual' gem. (SD)	
WHOQoL-BREF Alle cliënten (exp: n=74) (CC: n=63)	83,7 (13,8)	81,8 (14,1)	87,5 (16,3)	86,7 (15,2)	exp: t = -2,2: p<0,05 cc: t = -3,3: p<0,05
Cliënten die doelen geheel/groten- deels bereikten	86,1 (12,6)	80,1 (11,0)	93,6 (13,5)	91,9 (14,1)	exp: t = -2,2: p<0,05 cc: t = -3,1: p<0,05
Cliënten die doelen deels bereikten	84,5 (13,5)	80,3 (15,2)	92,2 (17,2)	83,7 (15,6)	exp: n.s. cc: n.s.
Cliënten die doelen niet/nauwelijks bereikten	81,9 (14,7)	83,9 (14,5)	81,3 (15,8)	86,9 (15,1)	exp: n.s. cc: n.s.
Kwaliteit van leven vragenlijst alle cliënten (exp: n=74) (cc: n=63)	6,3 (1,6)	6,2 (1,4)	6,9 (1,4)	7,1 (2,4)	exp: t = 4,1: p<0,05 cc: t = 2,9: p<0,05
Cliënten die doelen geheel/groten- deels bereikten	6,5 (1,3)	6,3 (1,0)	7,6 (1,1)	8,2 (3,1)	exp: t = 3,9: p<0,05 cc: n.s.
Cliënten die doelen deels bereikten	6,4 (1,6)	6,4 (1,2)	7,1 (1,4)	6,6 (1,5)	exp: t = 2,3: p<0,05 cc: n.s.
Cliënten die doelen niet/nauwelijks bereikten	6,1 (1,7)	5,9 (1,6)	6,3 (1,5)	6,9 (2,7)	exp: n.s. cc: n.s.

* 'Paired samples t-test'. Gemeten met de WHOQOLBREF (totaalscore 20130) en de 'Kwaliteit van levensvragenlijst' (gemiddeld rapportcijfer 7 levensgebieden). p-waarden tweezijdig getoetst; een hogere score





betekent een hogere kwaliteit van leven; IRB = exp = experimentele conditie (individuele rehabilitatiebenadering);
cc = controleconditie (rehabilitatie as usual); SD = standaarddeviatie.





A. Naam effectonderzoek:

Does Rehabilitation Meet the Needs of Care and Improve the Quality of Life of Patients with Schizophrenia or Other Chronic Mental Disorders?, geschreven door J. van Busschbach & D. Wiersma in 2002, gepubliceerd in Community Mental Health Journal/1, pp. 61-70.

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	De resultaten van de studie zijn door experts beoordeeld.	X	
2	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant)	X	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	X	
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	X	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X	
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	X	
5	Er is een experimentele en een controleconditie.		
6	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .		
7	De resultaten hebben een praktische relevantie.		X
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').		X
9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.		





Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3			7-8	
X	E	Veranderingsonderzoek	1-4		(6)	7-8	
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4	5	(6)		(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5		7-8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	
	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	9

Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
	13	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.
	14	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie.
X	15	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
	16	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
	17	De representativiteit van de geïnccludeerde subjecten is bepaald.
	18	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4
Omschrijving uitkomstmaat*	bereiken van rehabilitatiedoelen	Tevredenheid	zorgbehoeften	kwaliteit van leven
Meetinstrument**	geheel, deel, niet bereiken van het doel, volgens de cliënt en volgens de begeleider	VSSS	CAN	EuroQoL
Effectsize ***	Zie G.	Zie G.	Zie G.	Zie G.
<p>* Waarop is effect gemeten</p> <p>** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x</p> <p>*** Mogelijkheden: d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect = 1; d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect = 2; d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect = 3. Negatief effect wordt aangeduid met een -1, -2 of -3. Geen effect = 0. Zie voor toelichting bijlage 1.</p>				

F. Onderzoekresultaten

Tabel 3. Outcome measures before (1st assessment) and after 1-year rehabilitation (2nd assessment)

	1st Assessment	2nd Assessment
Satisfaction (VSSS)	mean (sd)	mean (sd)
Global satisfaction	3.9	4.6*
Professional Behavior	4.0	4.8*
Information	3.5	4.2
Efficacy	3.8	4.3
Accessibility	3.6	4.3*
Support for relatives	4.0	n.a.
Goals	%	%
Work	63%	37%
Daily Activities	14%	14%





	1st Assessment	2nd Assessment
Satisfaction (VSSS)	mean (sd)	mean (sd)
Education	6%	14%
Housing	17%	17%
Social contacts	9%	6%
Self-realization	11%	23%
<i>Needs Assessment (CAN)</i>		
Total number of needs	6.8 (2.4)	4.7 (3.3)*
Number met needs	4.7 (2.3)	3.0 (2.0)
Number unmet needs	2.1 (1.9)	1.4 (2.0)
<i>Number of needs with</i>		
Informal care provided	5.1 (3.0)	3.0 (2.7)*
Prof. care provided	4.7 (2.3)	3.1 (2.5)*
Greater need profess. Care	5.7 (2.2)	3.6 (3.1)*
<i>Quality of Life (EuroQol)</i>		
VAS-score	68.0 (11.3)	70.8 (13.1)
Qol adjusted	.82 (.18)	.86 (.19)
<i>Global Functioning</i>		
GAF-symptoms	55 (8.5)	57 (9.6)
GAF-disabilities	52 (9.3)	55 (8.9)

* p< .05 for the difference between 1st and 2nd assessment





s t i c h t i n g
Rehabilitatie '92



Stichting
REHABILITATIE'92

Mgr. van de Weteringsstraat 132 B 3581 EN Utrecht
Tel: 030-2145002



Hanzehogeschool Groningen

*Lectoraat
Rehabilitatie*



altrecht

