

Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB)

Ondersteuning van mensen met beperkingen bij hun
maatschappelijke participatie

Werkblad beschrijving interventie

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam Stichting Rehabilitatie '92
Adres Mgr. van de Weteringstraat 132b
Postcode 3581 EN
Plaats Utrecht
E-mail info@rehabilitatie92.nl
Telefoon 030 - 2145 002
Website www.rehabilitatie92.nl
(van de interventie)

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder

Naam Lies Korevaar
Adres Mgr. van de Weteringstraat 132b
Postcode 3581 EN
Plaats Utrecht
E-mail lieskorevaar@hetnet.nl
Telefoon 030 - 2145 002

Referentie in verband met publicatie

dr. Lies Korevaar, dr. Jos Dröes en dr. Tom van Wel
De Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB)
Databank Effectieve sociale interventies
Utrecht, Movisie
September 2014

Het Werkblad is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties



Inhoud

Colofon.....	2
Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	6
1. Probleemomschrijving	6
2. Beschrijving interventie	8
3. Onderbouwing	18
4. Uitvoering	20
5. Onderzoek naar praktijkervaringen	27
6. Onderzoek naar de effectiviteit.....	31
7. Aangehaalde literatuur.....	35

Samenvatting

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 toepasbaar bij mensen uit alle leeftijdscategorieën en met verschillende soorten beperkingen. De IRB wordt veelvuldig gebruikt in de volwassenenpsychiatrie, de verslavingszorg en in de zorg voor dak- en thuislozen, adolescenten, verstandelijk gehandicapten, mensen met autisme, ouderen. De benadering wordt gebruikt in de arbeidsrehabilitatie en in begeleid lerentrajecten. De methode wordt zowel gebruikt bij mensen die thuis wonen als bij mensen die in een instelling verblijven.

Doel

Het doel van de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) is: mensen met beperkingen ondersteunen bij eigen participatiedoelen. Participatiedoelen zijn met name: met succes en naar tevredenheid wonen en werken, dagbesteding en vrije tijdsbesteding hebben, leren, en sociale en familiecontacten hebben in de omgeving van eigen keuze met zo min mogelijk professionele hulp (naar: Anthony e.a., 2002).

Aanpak

De kern van de IRB is mensen ondersteunen bij het inventariseren en realiseren van hun eigen wensen en doelen op de genoemde maatschappelijke terreinen. Deze benadering is uitgewerkt in handleidingen voor de werker en werkbladen voor cliënten. Het gebruik van de werkbladen door cliënten is optioneel. Onderdelen van de techniek zijn het scheppen van een band, het kiezen van een terrein, het beoordelen bespreken en ontwikkelen van doelvaardigheid, het stellen van een doel, het inventariseren en verkrijgen van onmisbare vaardigheden en hulpbronnen.

De benadering wordt bij verschillende doelgroepen anders genoemd: 'Zorg voor zelfstandigheid' (bij ouderenzorg), 'Op eigen benen' (bij jongeren), 'Zorg voor zin' (in de verslavingszorg), 'Steun voor ouders met psychiatrische beperkingen', het 'Kiezen-verkrijgen-behouden model' (in de arbeidsrehabilitatie; *supported employment*) en Begeleid Leren (in het onderwijs; *supported education*).

Materiaal

Bij deze benadering hoort het *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*, in 2008 uitgegeven (tweede druk 2011) door Uitgeverij Coutinho in Bussum onder redactie van Lies Korevaar en Jos Dröes. Tevens wordt trainingsmateriaal van de Stichting Rehabilitatie '92 gebruikt (zie website): per module zijn er *een trainershandleiding, een cursistboek en werkbladen*. De in 2012 bij de Stichting uitgebrachte *Toolkit IRB* geeft een beknopt overzicht van de plaats van rehabilitatie, de techniek, de implementatie en de literatuur.

Onderbouwing

De ontwerpers van de IRB beroepen zich bij de onderbouwing van de methode op literatuur die mythes over de doelgroep ontkracht, op de *client-centered* psychotherapie van Rogers (Rogers, 1961), op publicaties over *teaching as treatment* van Carkhuff (Carkhuff & Berenson, 1976) en op principes van revalidatiepsychologie.

Onderzoek

Onderzoek geeft aan dat cliënten over het algemeen positief zijn 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 et al., 2001). Werkers die de IRB toepassen geven aan dat de methode houvast, duidelijkheid en verbinding tussen verschillende velden biedt. Er zijn vier Randomized Control Trials (RCT's) uitgevoerd waarvan er drie effect aantonen. In de vierde RCT gingen zowel de experimentele als de controlegroep vooruit. In het voor Nederland meest interessante

onderzoek (Swildens et al., 2007; 2011) blijkt dat met behulp van de IRB zelfgestelde doelen vaker worden behaald dan in de controleconditie. Ook nam de maatschappelijke participatie toe. Dit bevestigde de resultaten van eerder onderzoek. Het aantal (deels) behaalde zelfgestelde doelen varieert in de verschillende onderzoeken van 57% tot 80%. Het behalen van zelfgestelde doelen gaat samen met een betere kwaliteit van leven.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

Problemen waarop de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) zich richt zijn de participatieproblemen van mensen met beperkingen en de handelingsverlegenheid van hulpverleners hierbij. Afgeleid hiervan hebben zorg, welzijn en overheid te maken met de beleidsmatige en financiële gevolgen van deze problemen. In de laatste decennia is het inzicht gegroeid dat mensen met lichamelijke, psychische en verstandelijke beperkingen op veel maatschappelijke gebieden volwaardig kunnen participeren. Dit gaat in onze complexe samenleving echter niet vanzelf.

- Voor mensen met beperkingen blijkt het in veel gevallen moeilijk of onmogelijk om geheel op eigen kracht terug te keren of te blijven functioneren in maatschappelijke rollen. Zelfstandig wonen, ingeschakeld blijven op de arbeidsmarkt of ondanks beperkingen een opleiding doen vereisen op het individu toegespitste doelen, specifieke compenserende vaardigheden en op maat gemaakte hulpbronnen.
- Professionele hulpverleners zijn veelal opgeleid in probleemgerichte of probleemoplossende werkwijzen. Zij zijn gericht op het behandelen van ziekte en beperking. Zij raken in handelingsverlegenheid wanneer dit niet voldoende blijkt om de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen te vergroten. Participatieontwikkeling dient dan te worden aangevuld met een meer op ontwikkeling en ondersteuning van eigen kracht gerichte werkwijze.
- Zoeg, welzijn en overheid zien problemen in de maatschappelijke participatie terug in een groter gebruik van dure zorg, in een veelvuldiger gebruik van uitkeringen, in voortijdige schoolverlating en in een toename van vereenzaming en marginalisering van mensen met beperkingen.

De IRB biedt voor mensen met beperkingen en hun hulpverleners technieken en ondersteuning bij eigen maatschappelijke participatiedoelen.

Spreiding

De groep van mensen die leeft met beperkingen is groot en er wordt regelmatig over geschreven. Niettemin is er onzekerheid over de precieze grootte van de groep en zijn er weinig getallen bekend over de mate waarin mensen met chronische aandoeningen participatieproblemen ervaren. In het algemeen wordt aangenomen dat dit bij ongeveer de helft van de mensen met chronische aandoeningen het geval is. 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, www.nza.nl of www.trimbos.nl.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) rapporteerde tot 2008 regelmatig over de leefsituatie van mensen met lichamelijke en verstandelijke beperkingen (Timmermans, 1994; Timmermans & Schoemakers - Salkinoja, 1996; De Klerk, 2000; De Klerk, 2002). Helaas zijn deze rapportages de laatste jaren niet meer verschenen zodat we ons gedeeltelijk op oudere cijfers baseren.

Er zijn in Nederland ongeveer

- 1,5 miljoen zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige motorische beperkingen (De Klerk, Rapportage Gehandicapten, 2007),
- 187.000 mensen met een verstandelijke beperking (inclusief de mensen die in een instelling verblijven; Brancherapport gehandicaptenzorg 2012) en
- 100.000 chronisch psychiatrische patiënten (oudere psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen en psychiatrische patiënten in gevangenissen meegerekend; Wiersma, 2004).

Daarnaast is 9 à 10% van de Nederlandse bevolking te kenschetsen als probleemdrinker (Bode e.a., 2006; van Laar e.a. 2011). In 2000 zijn ruim 25.000 cliënten voor ambulante behandeling van alcoholisme ingeschreven en ruim 36.000 cliënten voor ambulante drughulpverlening (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). De groep van mensen die leeft met beperkingen is dus groot maar er is onzekerheid over de precieze grootte van de groep. Bovendien zijn er weinig getallen bekend over de mate waarin mensen met chronische aandoeningen participatieproblemen ervaren. In het algemeen wordt aangenomen dat dit bij ongeveer de helft van de mensen met chronische aandoeningen het geval is. Op basis van demografische ontwikkelingen (vooral de vergrijzing) en van ontwikkelingen in het stelsel van

zorg en welzijn (met name de ambulantisering) kan worden verwacht dat het aantal chronisch zieken en gehandicapten in de maatschappij in de toekomst zal toenemen.

Gevolgen

De gevolgen van problemen met de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen kunnen op verschillende niveaus in kaart worden gebracht.

Voor mensen met beperkingen zelf leidt het niet in de maatschappij meedraaien terwijl zij dat met enige hulp wel zouden kunnen vaak tot demoralisatie en vereenzaming. Bij velen van hen leidt dit tot maatschappelijk afglijden met op den duur grotere problemen, zoals verwaarlozing, schulden en psychische problemen.

Voor hulpverleners leidt het ontbreken van een op ontwikkeling en eigen kracht gerichte werkwijze tot een handelingsverlegenheid. Het kan ertoe leiden dat hulpverleners vooral bezig zijn met het terugdringen van ziekte en beperking, terwijl hun cliënten behoefte hebben aan het uitbouwen van hun toekomstoriëntatie en aan het verwerven van de vaardigheden en hulpbronnen die zij nodig hebben om hun toekomstwensen te verwezenlijken. Veel mensen met een beperking kunnen met beperkte ondersteuning (bijvoorbeeld enkele uren per week) zelfstandig of begeleid zelfstandig wonen, werken, leren, sociale- en familiecontacten onderhouden en hun financiële situatie op orde houden. Een eenzijdige gerichtheid op ziekte en gebrek leidt bij hulpverleners tot een te negatief gekleurd beeld van de betrokkenen en tot onderschatting van de mogelijkheden tot groei en ontwikkeling.

Voor de overheid leidt het niet bereiken van persoonlijke participatiedoelen tot een accumulatie van problemen bij mensen met beperkingen. Er ontstaat een groep burgers met problemen op verschillende gebieden als werk, inkomen, opleiding, huisvesting en sociaal netwerk tegelijk. Dit kan leiden tot frequenter verblijf binnen een zorginstelling, meer hulp bij psychische problemen, meer werkloosheid, het afbreken van een opleiding, meer schuldsanering, meer eenzaamheid en verwaarlozing.

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Doelgroep

De IRB is ontwikkeld ten behoeve van mensen die door hun beperkingen belemmerd worden bij het vervullen van maatschappelijke en sociale rollen. Maar omdat rehabilitatietechnieken onafhankelijk zijn van de aard van de beperking of achterstandssituatie, worden zij ook gebruikt bij mensen met fysieke en verstandelijke beperkingen.

De IRB is bruikbaar in klinische, semimurale en ambulante omgevingen. De IRB kan gebruikt worden bij de ondersteuning van alle mensen die door hun beperkingen participatieproblemen ervaren.

De naam van de benadering 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 minder op. Het woord 'rehabilitatie' wordt dan als niet adequaat ervaren. Bij andere dan de oorspronkelijke doelgroepen wordt de methode daarom vaak met een andere naam aangeduid.

Toepassing bij specifieke doelgroepen

De benadering is voor toepassing bij specifieke doelgroepen bewerkt en aangepast.

Daarvan geven we hier een paar voorbeelden.

- Bij ouderen gaat het om het behouden van een zelfstandig leven zolang als de oudere dat wenst en zolang het mogelijk is. We noemen de IRB bij ouderen 'zorg voor zelfstandigheid' (Dröes, 2008). In deze toepassing wordt veel aandacht besteed aan het aansluiten bij wat de oudere zelf kan en wil. De training is afgestemd op het opleidingsniveau van de medewerkers in deze sector.
- 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. Omdat de zorg bij jongeren een opvoedkundig element dient te bevatten wordt de IRB hier verbonden met elementen uit het competentiemodel. De methode heet hier: 'Op eigen benen' (Zijlstra & Venderink, 2008)
- Bij mensen met een verstandelijke beperking is het taalgebruik aangepast. Abstracte begrippen worden vermeden.
- Bij mensen met verslavingsproblematiek wordt de IRB gebruikt als onderdeel van de verslavingsbehandeling en aangeduid als 'Zorg voor Zin'.
- Voor mensen die zintuiglijke beperkingen en verstandelijke beperkingen tegelijkertijd hebben, is een vereenvoudigde versie van de techniek beschikbaar (Zijlstra, 2014). Ook hier is het aansluiten bij de wensen, voorkeuren en capaciteiten van cliënten het voornaamste doel.
- In het onderwijs wordt de methode gebruikt onder de naam 'Begeleid Leren' (Korevaar, 2005), in de arbeidsrehabilitatie als 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).
- Tot slot is de methode: 'Steun voor ouders met psychiatrische beperkingen' (Van der Ende & Venderink, 2008) gebaseerd op de IRB.
- In het Handboek Rehabilitatie voor Zorg en Welzijn worden ook toepassingen benoemd bij mensen met autismespectrum stoornissen en mensen met niet-aangeboren hersenletsel, (getraumatiseerde) vluchtelingen, dak- en thuislozen en mensen met een forensisch-psychiatrische achtergrond.

Wat betreft het gebruik van de IRB bij mensen uit andere culturen merken we op dat velen van hen zich richten op assimilatie aan 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 hebben dan andere accenten.

Intermediaire doelgroep

De IRB is ontworpen om door cliënten en hulpverleners gezamenlijk gebruikt te worden. Voor zover mogelijk heeft de cliënt hierbij een leidende rol.

Intermediaire doelgroepen zijn al diegenen die betrokken zijn bij de participatieproblemen van mensen met beperkingen. Zij kunnen de benadering gebruiken om cliënten te ondersteunen bij het herstel van hun maatschappelijke participatie. Het gaat dan om medewerkers van zorg en welzijnsinstellingen, vrijwilligers, werkgevers, UWV-medewerkers, jobcoaches, studieloopbaanbegeleiders, medewerkers Wmo-loket.

Selectie van doelgroepen

Selectiecriteria

De IRB is toegespitst op mensen met beperkingen die aangeven wensen of behoeften te hebben op de gebieden 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.

Het voornaamste selectie criterium is dat de cliënt zelf aangeeft bepaalde veranderingen of doelen op de genoemde terreinen te willen verwirkelijken. 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 met IRB-begeleiding worden nagestreefd wanneer de cliënt die wensen en behoeften deelt of na een goed gesprek erover gaat delen.

Zie voor andere selectiecriteria onder ‘contra-indicaties’

Verwijzing

Er zijn verschillende manieren waarop mensen in rehabilitatiebegeleiding komen.

In veel gevallen gebeurt dit doordat medewerkers die de cliënt begeleiden (bijvoorbeeld woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, leden van een wijkteam) de IRB als onderdeel van hun begeleidingsmethode hanteren.

Soms vindt gerichte verwijzing plaats door behandelaars of vanuit een uitkeringsinstantie; er wordt dan een specifiek traject gevraagd, bijvoorbeeld toeleiding naar betaald werk.

Soms melden mensen zichzelf aan omdat zij behoefte hebben aan ondersteuning bij het nastreven van specifieke doelen op een van de rehabilitatieterreinen.

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 de gebieden 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 in het toepassen van de techniek maar zijn nooit contra-indicaties.

Contra-indicaties

Voor het uitwerken van wensen, doelen en behoeften van anderen dan de cliënt zelf is de IRB niet geschikt. Voor mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn en voor sommige mensen uit andere culturen kan wel volgens de uitgangspunten van de IRB worden gewerkt maar is de gebruikelijke technieken minder geschikt. De methode wordt momenteel niet gebruikt bij zeer jonge kinderen en bij mensen met gevorderde dementie. Voor gebruik bij mensen met zeer ernstige lichamelijke en verstandelijke beperkingen is een aangepaste vorm van de IRB ontwikkeld.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de Individuele Rehabilitatie Benadering is: mensen met ernstige, langdurige beperkingen effectief helpen om zelf participatiedoelen te stellen en te bereiken. Doelen hebben betrekking op met succes en naar tevredenheid wonen, werken, leren en sociale contacten hebben in de omgeving van eigen keuze met zo min mogelijk professionele hulp (Anthony e.a., 2002).

Het gebruik van de IRB door hulp- en dienstverleners is gericht op het bereiken van bepaalde effecten bij cliënten, namelijk:

- Het herwinnen of verbeteren van zelf gewenste rollen en/of functioneren op de gebieden wonen, werken, dagbesteding, vrije tijd, leren, sociale- en familiecontacten en financiën.
- Toename van de maatschappelijke participatie.
- 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

Subdoelen van de benadering zijn:

- Cliënten verkennen hun eigen motivatie om een doel te stellen en de concrete mogelijkheden om een doel te stellen
- Cliënten kiezen een doel, dat wil zeggen een rol, een omgeving van voorkeur en een moment of een periode in de tijd
- Cliënten verkrijgen de gewenste rol en omgeving op of gedurende de gewenste tijd
- Cliënten functioneren met succes en tevredenheid in de gewenste rol en omgeving

Elk van deze subdoelen wordt ondersteund met een van de 'modules' van de IRB

- beoordelen en versterken van doelvaardigheid en het onderzoeken van mogelijkheden
- het stellen van doelen
- het inventariseren van benodigde vaardigheden en hulpbronnen
- het leren van nieuwe vaardigheden en reeds aanwezige vaardigheden beter leren gebruiken
- het creëren, verkrijgen en gebruiken van hulpmiddelen en ondersteuning (hulpbronnen), eventueel door aanpassingen van de omgeving.

2.3 Aanpak

De Individuele Rehabilitatie Benadering is gebaseerd op een visie en op uitgangspunten. De visie is gebaseerd op geloof in groeimogelijkheden bij iedere cliënt en beschouwt 'hoop' als een onmisbaar element voor rehabilitatieprocessen. De uitgangspunten zijn onder meer dat de cliënt gezien wordt als een volwaardig persoon, waarbij het gaat om vormgeving van zijn dagelijks leven en dat het realiseren van de wensen en doelen van de persoon zelf sturend zijn. Zo min mogelijk steun van professionals, gerichtheid op iemands (ontwikkelings)mogelijkheden en het werken aan zoveel mogelijk autonomie en regie van de cliënt zijn andere uitgangspunten.

De aanpak

De IRB is in zijn oorspronkelijke vorm een vorm van 'counseling'. In een geregeld gesprekscontact nemen de cliënt en de hulpverlener door hoe ver de cliënt zelf is met het voorbereiden van een volgende stap en wat de opbrengsten zijn van activiteiten die al zijn uitgevoerd. Gesprekken vinden eens per week of per twee weken plaats; als dat nodig is natuurlijk ook frequenter of juist minder frequent. Het gaat bij de IRB om het begeleiden van 'real life' processen zoals het zoeken en verkrijgen van een woning, een baan of een opleiding. Dat betekent dat de lengte van het proces dikwijls afhangt van andere factoren dan van de geboden begeleiding. Voor de grotere doelen gaat men uit van een realisatie-periode van ½ tot 1½ jaar, maar een kortere periode en kleinere doelen zijn evenzeer mogelijk. Veel cliënten hebben bijvoorbeeld al duidelijke doelen en dat kan de duur van de begeleiding bekorten.

Ook de duur van de begeleiding per onderdeel is variabel. Het is gebruikelijk dat een cliënt sommige onderdelen snel doorloopt maar dat er bepaalde hindernissen rijzen die aandacht behoeven. Bij het overwinnen van zulke hindernissen is de gedetailleerdheid van de techniek (kleine substappen maken als het moeilijk wordt) van grote meerwaarde. Hindernissen kunnen bijvoorbeeld zijn: een gebrek aan kennis over mogelijkheden op het doelgebied, weinig ontwikkelde eigen voorkeuren, weinig kennis over wat een bepaalde omgeving voor eisen stelt, het ontbreken van noodzakelijke vaardigheden of hulpbronnen.

De IRB kan zowel individueel als in kleine groepen worden gebruikt.

Betrokkenheid cliënt

De IRB-onderdelen zijn uitgewerkt in werkbladen die door de cliënt zelf of door de cliënt samen met de hulpverlener kunnen worden ingevuld. De werkbladen zijn te vinden op de website van de Stichting

Rehabilitatie '92 (www.rehabilitatie92.nl). Een rehabilitatieproces is in de eerste plaats een proces van de cliënt zelf. Hij zoekt immers een woning, een baan, een opleiding of vrienden. De hulpverlener is een ondersteuner hierbij.

Een rehabilitatieproces speelt zich af op een rehabilitatieterrein, rond een bepaald doeltype, in fasen en met hulp van een gesprekstechniek. 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. De IRB richt zich op 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 of het verenigingsgebouw. Rehabilitatie kan gericht zijn op een *verandering* van rol of omgeving of op het *behouden* van een rol of omgeving. We spreken dan van veranderdoelen respectievelijk behoudendoelen.

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 *wensverwerking*. Wanneer de hulpverlener weet in welke fase de cliënt volgens zichzelf verkeert, kan hij daar op aansluiten met een adequate gesprekstechniek.

In de *fase van verkennen* weet de cliënt nog niet precies wat hij wil. Hij heeft alleen maar een gevoel van onvrede of een vage wens (ik wil dat er iets verandert) of een wat duidelijker wens tot verandering van rol of omgeving (ik wil graag hier weg, maar mij is nog nooit wat gelukt in mijn leven). Bij vage veranderwensen is het vaak nog niet duidelijk op welk terrein de cliënt een doel zal gaan stellen. Een voorbeeld: onvrede met de huidige woonsituatie kan 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 worden *doelsterrein, doeltype* en een eerste *doelformulering* 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) vanaf 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 een sportvereniging 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 *'behoudendoel'*. Er wordt daarna meteen begonnen met het onderzoeken van de vaardigheden en hulpbronnen die de cliënt nodig heeft om zijn rol en omgeving te behouden.

Locatie en uitvoerders

De IRB wordt zowel intramuraal en semimuraal als extramuraal toegepast. De benodigde setting is een rustige, veilige gespreksruimte. De benadering kan worden toegepast op elk locatie (thuis, in een instelling) waar je rustig kunt praten.

De IRB kan individueel en in kleine groepen gebruikt worden. Het gaat dan wel om groepen waaraan mensen deelnemen die in vergelijkbare fasen van hun rehabilitatieprocessen verkeren. In de meeste praktijken wordt de IRB individueel gebruikt.

De IRB wordt gebruikt door medewerkers van psychiatrische ziekenhuizen, regionale instellingen voor beschermd wonen, arbeidsprojecten, FACT-teams en wijkteams, in poliklinische settings en in toeleidingstrajecten naar onderwijs en werk. Er zijn enkele *pilots* geweest bij gemeentelijke sociale diensten in het kader van sociale activering of arbeidstoeleiding. De IRB is geschikt om de bestaande oriëntatie van

medewerkers van sociale diensten op het uitvoeren van de wet aan te vullen met een ontwikkelingsgerichte oriëntatie.

Rehabilitatie is geen eigenstandig vak. Rehabilitatiewerkers zijn meestal (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen, woonbegeleiders, medewerkers dagbesteding, arbeidsreïntegratiemedewerkers, trajectbegeleiders, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, sociaalpedagogische hulpverleners, rehabilitatiewerkers, psychologen en psychiaters die zich na of tijdens hun opleiding in rehabilitatie hebben verdiept. In veel Hbo-opleidingen is rehabilitatie onderdeel van het programma.

In teams wordt rehabilitatie soms geïmplementeerd als een basisvaardigheid die alle teamleden moeten kunnen gebruiken. Soms worden rehabilitatietrajecten toegedeeld aan enkele experts die hiermee een gespecialiseerde rol in hun team vervullen.

Werken met het standaard werkmateriaal vereist Hbo-niveau. Er is evenwel ook materiaal aanwezig voor gebruik op MBO-niveau.

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.

Inhoud van de interventie

De gesprekstechniek 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 bij het ingaan van een volgende fase. Voor elke module is een set materialen vervaardigd: een trainershandleiding voor de docent, een handleiding en een oefenboek voor de hulpverlener en werkbladen die gebruikt worden door de cliënt en de hulpverlener tezamen.

Modules Individuele Rehabilitatie Benadering

Het scheppen van een band
Doelvaardigheid beoordelen en bespreken
Doelvaardigheid ontwikkelen
Het stellen van een rehabilitatiedoel
Functionele diagnostiek
Hulpbrondiagnostiek
Planning
Vaardigheidsles en stappenplan vaardigheidstoepassing
Hulpbronnen creëren, verkrijgen en gebruiken

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 met de cliënt evalueren of hij er klaar voor is om een precies rehabilitatiedoel te stellen. Een doelvaardigheidsbeoordeling levert een profiel op in vijf aspecten: (1) de interne en externe noodzaak tot verandering van de cliënt, (2) de mate van inzet die de cliënt vertoont, (3) de mate waarin de cliënt kan reflecteren op de (toekomstige) omgeving en (4) op eigen waarden, wensen en voorkeuren en (5) de mate waarin en de wijze waarop de cliënt ondersteuning wil hebben bij het proces. De wijze van ondersteuning kent accentverschillen inzake de mate van fysieke, verstandelijke, emotionele en levensbeschouwelijke hulp. De doelvaardigheidsfactoren kunnen worden beschreven en gescoord op daartoe vervaardigde werkbladen.

Doelvaardigheid ontwikkelen is aan de orde wanneer de cliënt zelf behoefte heeft aan het verbeteren van een van de doelvaardigheidsaspecten of wanneer de hulpverlener denkt dat de cliënt door een bepaalde activiteit inzicht kan verwerven in de mogelijkheden van rehabilitatiebegeleiding. De hulpverlener onderzoekt wat

zijns inziens de oorzaken van de lage scores op één of meer doelvaardigheidsfactoren zijn. De cliënt dient natuurlijk wel bereid te zijn om deze activiteit te ondernemen. Via één of meer speciaal hiertoe uitgekozen activiteiten tracht hij de cliënt tot het gewenste inzicht te brengen. Voorbeeld: een cliënt denkt dat betaald werk voor hem niet meer tot de mogelijkheden behoort. Hij heeft geen geloof in eigen kunnen op dit gebied. Een gesprek met een ervaringsdeskundige met een betaalde baan (dit is dan de ontwikkelende activiteit) helpt de cliënt om te gaan beseffen er voor hem óók zulke mogelijkheden bestaan.

Het stellen van een rehabilitatiedoel helpt mensen bij het maken van een overwogen keuze voor een bepaalde rol in een bepaalde omgeving. Het proces van het stellen van een doel is gefocust op het door de cliënt kiezen van de omgeving (de woning, het bedrijf, de opleiding, de vereniging) die hij prefereert. Eerst stellen cliënt en hulpverlener vast welke keuzecriteria de cliënt op grond van eerdere ervaringen en toekomstwensen wil hanteren (de techniek 'persoonlijke criteria opsporen'). Vervolgens onderzoeken zij de beschikbare mogelijkheden ('alternatieve omgevingen beschrijven'). Het gaat dan om concrete huizen, opleidingen, banen of verenigingen. De beste mogelijkheid, de omgeving van voorkeur, is dan het alternatief dat het hoogste scoort op de persoonlijke criteria. De cliënt formuleert zijn doel uiteindelijk volgens het format: 'Ik wil geschiedenis te gaan studeren (rol: student) aan de Rijksuniversiteit van Groningen (omgeving: RUG) in september 2015 (tijdstip)'. Ook voor de onderdelen van het stellen van een doel kunnen cliënt en hulpverlener gebruik maken van de daartoe vervaardigde werkbladen.

Functionele diagnostiek en *hulpbrondiagnostiek* dienen ertoe dat de cliënt onderzoekt of hij beschikt over de vaardigheden en hulpbronnen die hij nodig heeft om zijn doel te bereiken en te behouden. Deze onderdelen worden eerst gedaan voor de fase verkrijgen en daarna voor het functioneren in de doelomgeving. In het laatste geval begint functionele diagnostiek 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 prettig te 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 de vaardigheden die het probleem kunnen tegengaan of compenseren, onderzoeken cliënt en hulpverlener of de cliënt ze nog moet aanleren of ze alleen beter moet leren gebruiken. In het eerste geval volgt een vaardigheidsles, in het tweede een stappenplan toepassing. 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. Hulpbrondiagnostiek volgt het patroon van de functionele diagnostiek. Ook voor de onderdelen functionele- en hulpbrondiagnostiek kunnen cliënt en hulpverlener gebruik maken van de daartoe vervaardigde werkbladen.

Hoewel *Planning* tijdens alle fasen van het proces plaatsvindt is er een rehabilitatieplan met een overzicht van het rehabilitatiedoel en van alle daarvan afgeleide doelen inzake 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. Er is een werkblad planning dat als ondersteuning kan worden gebruikt.

Een vaardigheid is het vermogen om bepaald gedrag in een bepaalde omgeving in een adequate frequentie 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 impliceert een sterk geïndividualiseerd, stapsgewijs lesplan. Deze module wordt gebruikt als iemand een nieuwe vaardigheid leert. Maar dikwijls is er iets anders nodig. Veel mensen gebruiken de vaardigheden die ze beheersen niet op de juiste momenten. 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. De aanwezige vaardigheid wordt dan niet gebruikt in de gewenste omgeving of op het gewenste moment. 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 hulpbron 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 relatief 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*.

Voor het stappenplan vaardigheidstoepassing en de hulpbroninterventies zijn ondersteunende werkbladen aanwezig. Delen uit het lesplan (bijvoorbeeld de inhoudsschets) kunnen worden gebruikt als hulpmiddelen voor de cliënt.

De IRB wordt ondersteund door gedetailleerd uitgewerkte gesprekshandleidingen die uitgebreid of minder uitgebreid kunnen worden toegepast, al naar gelang de behoefte van de cliënt. Deze handleidingen vormen tezamen de 'technologie' van de IRB. De onderdelen van de technologie worden uitgebreid of minder uitgebreid gebruikt, al naar gelang de omstandigheden. Hieronder vindt u een samenvatting van alle onderdelen van een rehabilitatieproces en van de onderdelen van de technologie van de IRB die hierbij ondersteunen.



2.4 Ontwikkelgeschiedenis

De Individuele Rehabilitatie Benadering (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). Het centrum in Boston 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 'deinstitutionalisering' 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, destijds gevestigd in Rotterdam (Dröes, 1992). In Nederland is er geen grote deinstitutionalisering geweest, maar onder cliënten en hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg groeide het besef dat langdurige klinische opnames mensen vaak afhankelijker en beperkter maakten dan gewenst. Op beleidsniveau werd 'vermaatschappelijking van de zorg' nagestreefd. In dit klimaat was de IRB waardevol 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, zoals bij woonprojecten, werkprojecten, dagbestedinginitiatieven en in de maatschappelijke opvang.

Bij het toepassen van de IRB 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 gesprekstechnieken om dit te ondersteunen.

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 gericht op herstelondersteuning. Rehabilitatie heeft vooral betrekking op het herstel van het dagelijks functioneren en op het maatschappelijk rolfunctioneren.

Betrokkenheid doelgroep

Bij het ontwikkelen van de benadering in de V.S. in de jaren '70 van de vorige eeuw zijn er veel zgn. 'field-trials' of 'pilots' gehouden waarin de ontwikkelde techniek werd getest en bijgesteld op geleide van de ervaringen van hulpverleners en cliënten. Er bestaan momenteel plannen om de techniek in Nederland te gaan bewerken met hulp van ervaringsdeskundigen.

Buitenlandse interventie

Zoals vermeld is de IRB onder de naam 'Psychiatric Rehabilitation' ontwikkeld door het Center for Psychiatric Rehabilitation van de Universiteit van Boston, te Boston, VS (Anthony e.a., 2002).

Omdat de benadering en de techniek sterk zijn gericht op het persoonlijke gesprek tussen de werker en de cliënt waren zij van meet af aan gemakkelijk vertaalbaar in het Nederlands. Vanzelfsprekend waren er soms aanpassingen nodig in woordgebruik en voorbeelden, namelijk wanneer die verwezen naar specifiek Amerikaanse begrippen of verhoudingen. De IRB wordt (in zo nodig vertaalde versies) ook gebruikt in onder andere Australië, Canada, Zweden, Italië, België en Israël.

2.5 Vergelijkbare interventies

Er is naast de IRB een flink aantal interventies dat onder de noemer 'rehabilitatie' te boek staat. De voornaamste laten we kort de revue passeren. Onderzoek naar deze methoden wordt niet meegenomen als indirect bewijs voor de effectiviteit van de IRB. Nadere informatie over de hier genoemde rehabilitatie-interventies is te vinden in hoofdstuk 5 van het Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn.

Functioneringsgerichte rehabilitatie

Functioneringsgerichte rehabilitatie 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 rehabilitatie een voorbeeld van totale zorg.

Systematisch rehabilitatiegericht handelen

Bij de integrale rehabilitatiebenadering van voorheen *STORM Rehabilitatie*, thans de *Centrale RINOgroep*, staat de algemene levenskwaliteit van de cliënt centraal. De daarbij gebruikte methode van het *systematisch rehabilitatiegericht handelen* (SRH) maakt gebruik van andere benaderingen zoals presentie, strength en herstel. 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. Het SRH is opgenomen in de database 'effectieve sociale interventies' van Movisie.

Liebermanmodules

Deze modules zijn geschreven door de Amerikaan Lieberman. 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 waanstootnis 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 IRB.

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.

Werkwijzen en programma's

Hierboven hebben we een aantal werkwijzen genoemd die te boek staan als 'rehabilitatie'. Onder werkwijzen verstaan we hier: de technieken waarmee hulpverleners of werkers bepaalde problemen of wensen van en met hun cliënten aanpakken.

Behalve werkwijzen zijn er ook programma's met rehabilitatiedoelinden. Een programma is een organisatorisch samenhangend geheel van mensen, richtlijnen en werkwijzen ten behoeve van een bepaalde doelgroep met een bepaald probleem. Voorbeelden van programma's zijn: een woonproject, een dagopvang, een arbeidstoeleidingsproject, een begeleid leren project, individuele plaatsing en steun (IPS). De IRB kan als werkwijze in het kader van zulke programma's worden gebruikt. Er kunnen ook programma's worden ontwikkeld die zich specifiek richten op het gebruiken van de IRB.

Overeenkomsten en verschillen

Overeenkomsten met de IRB zijn dat de andere methoden evenals de IRB gericht zijn op verbetering van het functioneren en de leefomstandigheden van mensen met een beperking. Verschillen met de IRB zijn divers. Milieurehabilitatie en de rehistoriserende benadering richten zich meer op cliënten in relatie tot hun omgeving, hun familie en belangrijke anderen, en minder als op zichzelf staande individuen. De Libermanmodules zijn vooral gericht op het aanleren van van te voren omschreven algemene vaardigheden; ze zijn minder gericht op het eigen initiatief van cliënten. In een IRB-traject kan het volgen van een Libermanmodule als 'vaardigheidsles' worden ingepast. Rationele rehabilitatie gaat vooral over het leren controleren van een waanstootnis; de IRB houdt zich juist bezig met aspecten die niet direct met de stoornis samenhangen. Functioneringsgerichte rehabilitatie gaat over de verbetering van iemands functioneren in een specifieke omgeving. Deze benadering legt minder nadruk op het maatschappelijk rolfunctioneren dan de IRB. Het SRH werkt meer volgens de methodieken van Presentie en Strength Casemanagement, wordt meer gebruikt op teamniveau en is meer gericht op verbetering van de algemene kwaliteit van leven dan de IRB. Samenvattend zijn andere benaderingen minder toegespitst op mensen ondersteunen bij hun individuele, zelf gewenste maatschappelijk rolherstel; waar ze dat wel zijn gebruiken ze andere technieken dan de IRB.

Toegevoegde waarde

De toegevoegde waarde van de IRB ten opzichte van de hierboven genoemde interventies is dat de IRB speciaal is ontworpen om mensen via individuele begeleiding te helpen hun doelen op het gebied van maatschappelijk functioneren te verkennen, te kiezen, te verkrijgen en te behouden. De benadering heeft twee belangrijk voordelen:

1. Er zijn geen andere benaderingen waarin dit is uitgewerkt op een manier die op alle terreinen van maatschappelijk functioneren toepasbaar is.
2. Omdat de IRB-techniek de vorm heeft van een gesprekshandleiding kan ze zowel op zichzelf staand als binnen bepaalde programmastructuren worden ingezet.

3. Onderbouwing

Oorzaken

Mensen lopen door ernstige of langdurige ziekte beperkingen op. Bij sommigen zijn beperkingen al vanaf de geboorte aanwezig. Beperkingen kunnen een direct gevolg zijn van een aandoening maar ze kunnen ook het gevolg zijn van het verlies van maatschappelijke rollen, achterstelling of discriminatie. In alle gevallen is er uiteindelijk sprake van beperkingen in het maatschappelijk functioneren.

In het standaardwerk 'Psychiatric Rehabilitation' onderbouwen Anthony en zijn medeauteurs hun methode vanuit de literatuur. Zij beroepen zich 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) en op principes van revalidatiepsychologie.

Ontkrachting van mythes

Vaak gehoorde mythes over mensen met ernstige psychische 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 veel cliënten met psychiatrische problematiek geheel of gedeeltelijk herstellen, 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). Over groepen mensen met andere beperkingen bestaan dikwijls soortgelijke vooroordelen.

Client-centered psychotherapie

De IRB is bedoeld om mensen te helpen zelf doelen te 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 volwaardig persoon is die (uiteindelijk) beter dan anderen 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 revalidatiedoel 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 IRB ook buiten de psychiatrie goed kan worden toegepast.

Revalidatiepsychologie

De ontwerpers van de IRB gebruiken als analogie de lichamelijke en psychiatrische revalidatie (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 pas daarna 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*, 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.

Aan te pakken factoren

Mensen die ontevreden zijn met hun leven, mensen die lijden aan hun aandoening of de beperkingen die daar een gevolg van zijn, hebben wensen tot verandering. Wil er van die wensen iets terecht komen dan is het noodzakelijk dat de wensen worden omgezet in haalbare doelen: om iets nieuws te bereiken of om een bestaande situatie te behouden.

De IRB helpt mensen om hun wensen in doelen om te zetten.

Ook al heeft iemand een doel, de mate waarin de persoon ervoor gaat is afhankelijk van een aantal factoren. Die factoren vormen tezamen de motivatie van de persoon. De IRB helpt mensen zich bewust te worden van eventuele motivatietekorten en daar iets aan te doen.

Wanneer mensen een duidelijk doel hebben en gemotiveerd zijn om daar aan te werken kunnen zij oplopen tegen vaardigheidstekorten en hulpbrontekorten. De IRB helpt mensen bij het inventariseren, verkrijgen en gebruiken van vaardigheden en hulpbronnen. Deze hulp kan nodig zijn in elke fase van het rehabilitatieproces maar is dikwijls nodig in de fasen van verkrijgen en behouden.

Samenvattend zijn de aan te pakken factoren: motivatie, doelformulering, vaardigheden en hulpbronnen.

Verantwoording

Met de IRB worden daadwerkelijk de bovengenoemde doelen bij deze doelgroep(en) bereikt doordat de genoemde ondersteuning op een flexibele manier wordt aangeboden.

Soms kunnen mensen belangrijke stappen zetten zonder specialistische ondersteuning. Op andere momenten is ondersteuning of het opbreken van een stap in kleinere deelstappen noodzakelijk.

Bijvoorbeeld: iemand heeft veel tijd nodig om te besluiten op welk terrein hij iets wil veranderen. Maar zodra hij heeft besloten iets te willen veranderen op het terrein 'werk' stelt hij feitelijk zonder hulp een doel.

Wanneer hij daarna in de gevonden baan aan het werk gaat blijkt hij erg veel moeite te hebben met het uitvoeren van opdrachten. Op dit punt is een op individuele maat toegespitste vaardigheidsles nodig en extra coaching om het op de werkplek te kunnen volhouden.

Werkzame elementen

De werkzame elementen waardoor de doelen van de interventie gerealiseerd worden, zijn:

- 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).
- Op basis van het doel de benodigde vaardigheden vaststellen en niet omgekeerd (first place then train) (1, 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 dit werkblad.

4. Uitvoering

Materialen

Het volgende materiaal is beschikbaar over de Individuele Rehabilitatie Benadering:

Het *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*, samengesteld door Lies Korevaar en Jos Dröes en in 2008 uitgegeven bij Uitgeverij Coutinho in Bussum (2^e druk 2011), bevat een samenvatting van de technieken en toepassingen op verschillende terreinen en bij diverse doelgroepen.

Bij elke beschreven module is *lesmateriaal* vervaardigd (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.

Over de implementatie van de Individuele Rehabilitatie Benadering is een werkboek verschenen: Dröes, J. (2008) *Implementatie van individuele rehabilitatie in teams en afdelingen*. Utrecht: Stichting Rehabilitatie '92.

Eveneens bij de Stichting Rehabilitatie '92 verscheen in 2012 *de Toolkit Individuele Rehabilitatie Benadering*. De toolkit behandelt de plaats van de IRB in herstelondersteunende zorg, de techniek, de implementatie en de literatuur.

Andere Nederlandstalige publicaties zijn:

Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel samengesteld door Jos Dröes (Red.), 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 'herstel'.

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

Type organisatie

De IRB wordt veelvuldig gebruikt in de langdurige zorg in de volwassenenpsychiatrie. De laatste jaren wordt ze ook gebruikt in de zorg voor jongeren met een psychosekwetsbaarheid, niet-dementerende ouderen, de verslavingszorg, de maatschappelijke opvang, voorzieningen voor adolescenten, voor ouders met psychiatrische beperkingen, voor licht verstandelijk gehandicapten en voor verstandelijk normaal begaafde mensen met een stoornis in het autismespectrum, voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel, vluchtelingen, dak- en thuislozen, mensen met een verslaving en mensen met een forensisch-psychiatrische achtergrond. Er zijn toepassingen voor mensen met zintuiglijke beperkingen die ook verstandelijke beperkingen hebben.

Voor de meeste doelgroepen bestaan er klinische voorzieningen, omgevingen met bescherming en begeleiding en ambulante voorzieningen. De IRB kan in al deze settings gebruikt worden. De IRB wordt dus gebruikt in psychiatrische ziekenhuizen, regionale instellingen voor beschermd wonen, in (F)ACT-teams en wijkteams, in arbeidsprojecten en arbeidsbemiddelingsprojecten, in poliklinische settings en in toeleidingstrajecten naar onderwijs. Er zijn enkele *pilots* geweest bij gemeentelijke sociale diensten in het kader van sociale activering of arbeidstoeleiding.

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 Stichting Rehabilitatie '92 is een opleidingsinstituut en verzorgt zowel opleidingen in company als met open inschrijving in de IRB en participeert in onderzoek naar de effectiviteit van de benadering. De Stichting is gevestigd in Utrecht. Ze is geen zorgaanbieder en verzorgt dus geen rehabilitatiebegeleiding.

Het lectoraat Rehabilitatie van de Hanze Hogeschool Groningen verzorgt onderwijs en (samen met andere partners) onderzoek naar de IRB.

Opleiding en competenties

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.
- Rehabilitatiecoaches die werkbegeleiding en supervisie geven aan de hiervoor genoemde disciplines bij het uitvoeren van de IRB.
- Rehabilitatieconsulenten die instellingen of organisaties adviseren en ondersteunen bij implementatie of innovatie. Bijvoorbeeld: organisaties helpen bij het formuleren van hun rehabilitatiemissie, het invlechten van rehabilitatieprincipes in procedures en verslaglegging.

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.

De Stichting Rehabilitatie '92 verzorgt ook trainingen voor rehabilitatiecoaches (werkbegeleiding) en rehabilitatieconsulenten (implementatie).

De Hanzehogeschool Groningen en de Stichting Rehabilitatie '92 bieden te zamen jaarlijks een tweejarige post hbo-opleiding aan. Informatie: dr. E.L. Korevaar, Lector Rehabilitatie, Hanzehogeschool Groningen; e.l.korevaar@pl.hanze.nl.

Initieel onderwijs

In de hbo-opleidingen Maatschappelijk Werk & Dienstverlening, Sociaal Pedagogische Hulpverlening en Verpleegkunde van de Hanzehogeschool Groningen is rehabilitatie (IRB) opgenomen in de betreffende curricula. Jaar 1: introductie; jaar 2: vaardigheden; jaar 4: specialisatie. Ook is er een minor rehabilitatie ontwikkeld die aangeboden wordt aan studenten van andere opleidingen dan de drie genoemde. Het Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn wordt verplicht voorgeschreven aan twaalf hogescholen in Nederland en daarbinnen aan achttien opleidingen. Bron: Uitgeverij Coutinho, 2013

Kerncompetenties en prestatie-indicatoren

De zes kerncompetenties beschrijven het 'handwerk' dat de rehabilitation counselor in de rollen van rehabilitatie-expert, rehabilitatiecoach en rehabilitatieconsulent competent kan uitvoeren. De beschrijvingen schetsen tevens een beeld van het niveau van functioneren in deze drie rollen.

Kerncompetentie	Startkwalificatie
1. Diagnosticeren	Het op micro-, meso- en macroniveau vaststellen van behoeften en problemen die van invloed zijn op de uitvoeringspraktijk.
2. Intervenieren	Het plannen, uitvoeren en evalueren van een vastgestelde behoefte / probleem / ontwikkeling en op basis van de gestelde kwaliteitseisen aanpassen c.q. bijstellen van de praktijk.
3. Adviseren	Op basis van onderzoek en/of diagnose een overtuigend en onderbouwd advies geven. Het creëren van draagvlak en betrokkenheid bij de uitvoering van advies- en begeleidingstrajecten van individuen en teams, rekening houdend met behoeften / problemen en ontwikkelingen. Zelf het initiatief nemen en voorstellen doen ten aanzien van de oplossingen.
4. Implementeren	Het doelgericht en doelmatig uitvoeren van verbeterings- of verdiepingstrajecten met betrekking tot rehabilitatie in een organisatie. Het beoogde resultaat faciliteren, invoeren en borgen.
5. Interdisciplinair samenwerken	In en buiten de eigen arbeidsorganisatie samenwerken in een multidisciplinaire, multiculturele en internationale context.
6. Reflectief vermogen	Door spiegeling en zelfontwikkeling: <ul style="list-style-type: none"> • de effectiviteit en efficiency van de eigen beroepshandelingen en beroepsrollen verbeteren; • op integere, betrokken en respectvolle wijze omgaan met cliënten, rekening houdend met de heersende ethiek; • zichzelf weten te stimuleren.

De Rehabilitatie-expert	Kerncompetenties
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticeren (D)¹ • Intervenieren (I) • Interdisciplinair samenwerken (IS) • Adviseren (A) • Reflectief vermogen (RV)
<p>De Rehabilitatie-<i>expert</i> zet specifieke en specialistische expertise in op het gebied van rehabilitatie in nieuwe en onbekende omstandigheden, in samenwerking met de cliënt en relevante andere disciplines. Hij past zijn specialistische kennis van methodiek en methodiekontwikkeling toe in complexe situaties. Hij toont een gefundeerd oordeel over de kwaliteit van handelen met en naar individuele cliënten en relevante anderen disciplines.</p>	
<p>Prestatie-indicatoren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stelt met een cliënt diens begeleidingsbehoefte vast en stemt de begeleiding af op de preferente omgangsstijl van de cliënt. (D) 2. Verkent en identificeert samen met de cliënten en hun relevante anderen of de cliënt verander- of behoudwensen heeft met betrekking tot rolfunctioneren op de gebieden van wonen, werken/dagbesteding, leren, sociale contacten en recreëren. (D, IS) 3. Ondersteunt de cliënt bij het beoordelen van zijn/haar actiebereidheid/doelvaardigheid met betrekking tot rehabilitatie. (D) 4. Ondersteunt de cliënt bij het vergroten van zijn/haar actiebereidheid/doelvaardigheid met betrekking tot rehabilitatie. (A,) 5. Ondersteunt cliënten bij het concretiseren van wensen in rehabilitatiedoelen. (A,) 6. Hanteert rehabilitatiemethoden, -technieken en -middelen met betrekking tot het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van maatschappelijke/sociale rollen van cliënten. (D, I, IS) 	

¹ Vetgedrukt zijn de kerncompetenties die bij de betreffende rol centraal staan. Daarnaast zijn er ook raakvlakken met de overig genoemde kerncompetenties.

7. Ondersteunt cliënten bij het inventariseren van de vaardigheden en de hulpbronnen die zij nodig hebben bij het realiseren van hun doelen. (A,)
8. Prioriteert en plant rehabilitatie-interventies met cliënten. (D, I)
9. Ontwerpt en geeft vaardigheidslessen (vaardigheden: sociaal, emotioneel, cognitief, praktisch) voor cliënten en ontwerpt deze ook voor cliënten van andere hulp- en dienstverleners. (D, I)
10. Creëert, verkrijgt en gebruikt hulpbronnen samen met de cliënt in relatie tot zelfgekozen doelen door sociale systemen en maatschappelijke instellingen die voor de cliënt in de woon- en leefsituatie belangrijk zijn, op methodische wijze te beïnvloeden (D, I, IS)
11. Behartigt de belangen van de cliënt en indien gewenst het cliëntsysteem of hen daarin te
12. ondersteunen door met hen of namens hen op te treden naar derden binnen de instelling of binnen de samenleving. (I, IS)

Regie

1. Rapporteert en evalueert over de (voortgang van de) rehabilitatiehulpverlening samen met de cliënt, evalueert en stelt rehabilitatieplannen bij. (D, I)
2. Verantwoordt de inzet van rehabilitatie ten opzichte van andere dienstverleningsvormen naar de cliënt. (RV, IS)
3. Verantwoordt het eigen beroepsmatig handelen ten overstaan van de cliënt en daar waar nodig familie, de eigen hulpverleningsorganisatie, verwijzers en/of de samenleving. (RV)

Herstel

1. Faciliteert herstelproces van de cliënt en van cliënteninitiatieven (I, IS, A)
2. Geeft herstelondersteuning door (a) empowerment, (b) levensverhaal, (c) kwartiermaken. (I,)
3. Werkt samen, als rehabilitatievertegenwoordiger van de eigen organisatie, met personen en instanties buiten de eigen organisatie. (IS, A)

De Rehabilitatiecoach

Kerncompetenties

- **Interveniëren (I)**
- **Adviseren (A)**
- Reflectief vermogen (RV)
- Diagnosticeren (D)
- Interdisciplinair samenwerken (IS)

De *Rehabilitatiecoach* realiseert deskundigheidsbevordering en scholing in zijn instelling of organisatie met als doel het realiseren van kwaliteitsvergroting, kwaliteitsborging, accountability, resultaatgerichtheid, doelmatigheid en effectiviteit van IRB interventies. Hij brengt kennis, motieven, overwegingen en conclusies die aan de IRB ten grondslag liggen dan wel daaruit volgen, duidelijk en ondubbelzinnig over op collega's en multidisciplinair samengestelde teams.

Prestatie-indicatoren:

1. Bewerkstelligt condities binnen de organisatie die een verantwoorde uitvoering van rehabilitatie mogelijk maken. (D, IS, A)
2. Coacht en stimuleert collega's, andere beroepsbeoefenaren, vrijwilligers en mantelzorgers in het kader van het rehabilitatieproces van cliënten. (D, IS, A)
3. Werkt samen met collega's en vertegenwoordigers van andere beroepsgroepen in het kader van de ontwikkeling en uitvoering van rehabilitatiebeleid, -programma's en individuele rehabilitatietrajecten. (IS, A., IN)
4. Levert een bijdrage aan de uitvoering en toetsing van de kwaliteit van de rehabilitatiehulpverlening (D, IS, A)

De Rehabilitatieconsulent

Kerncompetenties

- **Interdisciplinair samenwerken (IS)**
- **Implementeren (IM)**
- Reflectief vermogen (RV)
- Diagnosticeren (D)
- Interveniëren (I)
- **Adviseren (A)**

De *Rehabilitatieconsulent* - voert binnen een instelling of organisatie, in opdracht, consultatieactiviteiten uit op het gebied van rehabilitatie. Hij doet dit in de rol van implementatiedeskundige. Hij zet zijn implementatiedeskundigheid in om rehabilitatie als geheel in de organisatie te implementeren of om nieuwe producten en programma's voor doelgroepen te implementeren. Hij is consulent voor instellingen en organisaties, directies en management ten aanzien van inrichting, invoering, effecten en consequenties van het implementeren van rehabilitatie of van nieuwe programma's en mogelijkheden. Hij adviseert vanuit zijn (nationale en internationale) kennis op het rehabilitatievakgebied en het werkveld. Hij weet zijn adviezen te onderbouwen vanuit het perspectief van de organisatie, het perspectief van de professional en het perspectief van de cliënt. Bij de argumentatie gebruikt hij onderzoeksresultaten over de effectiviteit van rehabilitatie(activiteiten).

Prestatie-indicatoren:

1. Profileert en positioneert zich als consulent in een organisatie of samenwerkingsverband en weet de eigen bijdrage als rehabilitatiewerker te definiëren en te legitimeren. (A, IS)
2. Werkt samen met collega's en vertegenwoordigers van andere beroepsgroepen in het kader van de ontwikkeling en uitvoering van rehabilitatiebeleid, rehabilitatieprogramma's en in individuele rehabilitatietrajecten. (D, I, A, IS, IM)
3. Bewerkstelligt condities binnen de organisatie die een verantwoorde uitvoering van rehabilitatie mogelijk maken. (D, I, A, IS, IM)
4. Signaleert doelgroepen die behoefte aan rehabilitatie hebben en brengt deze onder de aandacht van verantwoordelijke personen en instanties. (D, A, IS)
5. Signaleert de noodzaak van secundaire preventieve activiteiten ten behoeve van bepaalde (groepen) cliënten en geeft deze vorm, al dan niet in de context van al bestaande vormen van rehabilitatiehulpverlening. (D, I, A, IM, IS)
6. Levert een bijdrage aan de uitvoering en toetsing van de kwaliteit van de rehabilitatiehulpverlening binnen de organisatie. In het kader hiervan voert hij beheerstaken uit: financieel, administratief, personeelsplanning voor zover direct verbonden met de rehabilitatiehulpverlening waarvoor hij verantwoordelijk is. (A, IS)
7. Werkt als rehabilitatievertegenwoordiger van de eigen organisatie samen met personen en instanties buiten de eigen organisatie. (IS)
8. Levert een bijdrage aan de ontwikkeling en vernieuwing van de rehabilitatiemethodiek, door beroepsrelevante ontwikkelingen in de samenleving en een vertaalslag kunnen maken naar de instelling en haar ketenpartners door:
 - beroepsrelevante ontwikkelingen in de samenleving en zorg in kaart te brengen;
 - deze ontwikkelingen te analyseren;
 - en aanzetten te geven die leiden tot verbetering van beleid en werkwijzen met betrekking tot rehabilitatie binnen en vanuit de organisatie. (D, I, A, IS, IM)

Bron: Hanzehogeschool Groningen, februari 2012.

Kwaliteitsbewaking

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

Indicatiestelling

Rehabilitatie-werker is geen geregistreerd beroep. Het gaat om een specifieke vorm van ondersteuning die men binnen het kader van de eigen beroepsbeoefening gebruikt. Rehabilitatie is dus een onderdeel van behandeling of begeleiding, al naargelang de beroepsbeoefenaar die het toepast.

Rehabilitatie kan worden gebruikt in vormen van behandeling, begeleiding, 'counseling' en dienstverlening die worden vergoed krachtens de Zorgverzekeringswet, de AWBZ (in de toekomst: de Wet langdurende zorg) en de Wmo. Bij financiering volgens de ZVW is rehabilitatie een vorm van revaliderende behandeling. In AWBZ/WLZ-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. De gemeenschappelijke indicatie voor rehabilitatie in al deze compartimenten is dat een persoon met beperkingen ondersteuning nodig heeft bij het verwezenlijken van de eigen participatiewensen en -doelen. Gerichtheid op de eigen wensen en doelen van cliënten is het belangrijkste indicatie- én kwaliteitscriterium.

Kwaliteitsbewaking: werkbegeleiding, training, kwaliteitstoetsing

De kwaliteit van het werken met rehabilitatie kan op verschillende manieren geborgd worden. De belangrijkste borging is dat medewerkers die met de techniek werken werkbegeleiding krijgen van een erkende coach/werkbegeleider. Deze heeft de 'training werkbegeleiding' met goed gevolg afgerond.

Training voor nieuwe medewerkers en bij- en nascholing van reeds opgeleide medewerkers zijn essentieel voor het handhaven van de kwaliteit van de zorg en dienstverlening. Om de kwaliteit van het rehabilitatieonderwijs te garanderen, is het geven van onderwijs in de methode voorbehouden aan docenten die de docentenopleiding van de Stichting Rehabilitatie '92 hebben gevolgd en die erkend zijn door deze stichting en het Lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen.

Als instrument voor kwaliteitstoetsing van het werken met cliënten is een modelgetrouwheidsinstrument ontwikkeld, genaamd Kijk op IRB Modelgetrouwheid (KIM). Dit instrument bevat een gestandaardiseerde manier van het beoordelen van het rehabilitatiegehalte van de verslaglegging van rehabilitatietrajecten, alsook een manier om feedback te geven om de kwaliteit te verhogen (Van Wel & Marquenie, 2009; Van Wel, 2012).

Randvoorwaarden

Voor de individuele werker is de belangrijkste randvoorwaarde dat het aangaan van rehabilitatietrajecten met een cliënt door de directe werkomgeving worden ondersteund. In de praktijk betekent dit dat de visie van rehabilitatie gedragen moet worden door team, leidinggevende en management.

Ook belangrijk is de mogelijkheid om werkbegeleiding te krijgen. Het begeleiden van cliënten in een rehabilitatietraject vraagt voortdurend afstand nemen en reflectie wat door werkbegeleiding zeer wordt bevorderd.

Tenslotte is voldoende training nodig om er modelgetrouw mee te kunnen werken.

Voor een team, afdeling of instelling is het een onmisbare randvoorwaarde dat de visie van rehabilitatie breed gedragen wordt. Het is essentieel dat inhoudelijke smaakmakers en management (inclusief het hogere management) het werken met rehabilitatie ondersteunen, dat er rehabilitatie-experts aanwezig zijn en dat rehabilitatie-uitgangspunten en waarden te herkennen zijn in alle gesprekscontacten van medewerkers en cliënten. Voor de teamontwikkeling is het stimulerend om gezamenlijk het werkboek implementatie ter hand te nemen (zie volgende paragraaf). Dit leidt tot een gedeeld begrip over de doelgroep die men bedient, het aanbod van hulp- of dienstverlening dat men in huis heeft en de plaats van rehabilitatie hierin.

Implementatie

In het werkboek 'Implementatie van individuele rehabilitatie in teams en afdelingen' (Dröes, 2008a) is een gedetailleerde procedure beschreven voor het invoeren van de IRB in bestaande (zorg- of welzijn-) organisaties. Het streven is dan om het rehabilitatiegehalte van de geleverde zorg of dienstverlening te verbeteren.

De implementatieprocedure omvat acht stappen:

- Stap 1 Missie
- Stap 2 Uitgangspunten
- Stap 3 Regiegesprekken
- Stap 4 Begeleidingsgesprekken
- Stap 5 Verslaglegging
- Stap 6 Sociale kaart
- Stap 7 Organisatiecultuur
- Stap 8 Managementverhaal

Na het formuleren van een gezamenlijke missie en het kiezen van de inhoudelijke 'speerpunten' worden regiegesprekken en begeleidingsgesprekken, en de voorbereiding en de verslaglegging daarvan verbeterd. Er is ook aandacht voor het verbeteren van de omgeving: sociale kaart, organisatiecultuur en management. Voor de consulent die bovenstaande implementatie van de IRB in een organisatie ondersteunt, is een uitgebreide handleiding geschreven (Dröes, 2008b)

Kosten

De geïnvesteerde tijd verschilt enorm per cliënt. Omdat rehabilitatie wordt toegepast door medewerkers met verschillende vooropleidingen zijn de kosten moeilijk te onderscheiden van de rest van de door deze medewerkers gegeven begeleiding of behandeling. Over de hoeveelheid tijd die uitgebreide IRB-trajecten (die gemiddeld 1½ jaar duren) kosten, zijn gedetailleerde schattingen beschikbaar die per module zijn gespecificeerd (Van Wel et al., et al., 2001; zie bijlage 1). In de praktijk blijken onderdelen van de IRB echter veelvuldig te worden gebruikt voor korte trajecten van bijvoorbeeld enkele gesprekken. De schattingen in de bijlage betreffen de personele inzet en staan los van de investeringen in opleiding, coaching en organisatorische aanpassingen.

Behalve de directe kosten van rehabilitatietrajecten met cliënten zijn er extra kosten verbonden aan het leren van de methode (training, bij en nascholing) door medewerkers, en aan het bieden van coaching/werkbegeleiding. Ook op langere termijn is coaching/werkbegeleiding aan te raden.

Momenteel (september 2014) is een landelijk kosteneffectiviteitsonderzoek gaande.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

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. (Eds.), 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 revalidatietrajecten, 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. Zie ook Swildens, et al., 2003.

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. Het reviewartikel geeft de stand van zaken weer tot 2006. De belangrijkste studie (Shern et al., 2000) hebben wij apart besproken. De andere 9 studies zijn meer kwalitatief van aard en de belangrijkste conclusies daaruit worden in dit onderdeel meegenomen.

Onderzoek en resultaten

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. 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 het organisaties met uiteenlopende doelstellingen, culturen en medewerkers in staat stelt samen te werken aan een gezamenlijk begeleid lerenproject. Doordat het functioneren 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.

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 benadering uitgaat van hun wensen, dat er naar hen werd geluisterd en dat ze zelf keuzes konden 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 & 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 en ervaring van de begeleider, in dit geval om het tempo te variëren. Ten slotte wordt de methode soms als confronterend ervaren omdat het gericht is op het zoveel mogelijk zelf precies benoemen waar de schoen knelt. 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”.

Praktijkvoorbeeld

In het onderstaande praktijkvoorbeeld wordt een heel rehabilitatietraject in beeld gebracht. Terreinen, doeltype, 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 aan 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 haar 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. inzake sociale contacten 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* om daarmee haar sociale contacten te vergroten. 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. Aangezien beiden inschatten dat mevrouw voldoende doelvaardig is om een doel te stellen voor vrijwilligerswerk, wordt verder gegaan met *het stellen van een rehabilitatiedoel*.

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
- overblijf-juf
- 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 overblijfkraacht (*rol*).

Wanneer het duidelijk is dat mevrouw B. als overblijfkraacht zal gaan werken, maken zij en haar begeleider een functionele diagnostiekaart waarop alle onmisbare *vaardigheden* staan voor het verkrijgen en behouden van de rol van overblijfkraacht. 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. Het gaat met name om de *vaardigheden* 'Aanwezigheidslijsten bijhouden' en 'Ouders te woord staan'. In het rehabilitatieplan komt ook een hulpbron voor. Mevrouw B. zou in haar rol als overblijf-juf namelijk graag geregeld *feedback* (*ondersteuning*) krijgen van een collega (*hulpmiddel*). Het zou haar helpen wanneer ze van een ervaren kraacht hoort hoe ze het doet en waar ze wellicht iets aan moet veranderen.

Mevrouw B. leert in een individuele *vaardigheidssles* hoe ze ouders op het plein te woord kan staan. 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 voordoet 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.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

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, 2011) (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.

Onderzoek in Nederland

Er zijn in Nederland meerdere effectonderzoeken naar de IRB uitgevoerd. Aan het sterkste onderzoek wordt hieronder de meeste aandacht besteed. De andere drie 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: 24-Month Outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach, geschreven door W. Swildens, J. T. van Busschbach, H. Michon; H. Kroon, M. W. J. Koeter, D. Wiersma, J. van Os (2011), *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12):751-760.

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 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 volgens de IRB werken (experimentele groep) vaker hun rehabilitatiedoelen behalen dan cliënten van hulpverleners die anders zijn opgeleid (controlegroep). De doelgroep betrof personen die begeleiding wilden bij het kiezen, verkrijgen en behouden van hun participatiedoelen (bijvoorbeeld op het gebied van werk, dagbesteding, opleiding, woning en sociale contacten). Het onderzoek richtte zich op de doelgroep met ernstige beperkingen in het dagelijks leven. Daarbij is verondersteld dat wanneer aangetoond kan worden dat voor deze doelgroep de IRB werkzaam is, deze 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.

Er zijn metingen gedaan bij de start van het revalidatietraject, na één jaar en na twee jaar. Er zijn 304 mensen benaderd die een verandering wens hadden. Van hen wilden 156 aan het onderzoek deelnemen. Van hen koos de randomisatie 80 mensen aan die IRB-begeleiding kregen (de experimentele conditie) aanvullend op hun reguliere begeleiding; 76 mensen kregen revalidatie *as usual* om aan hun verandering wens 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 revalidatiegerichte begeleiding krijgen. Na een jaar bereikte 31% van de personen die IRB-begeleiding kregen hun revalidatiedoel 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 revalidatiedoel volledig, tegen 32% van de cliënten die andere begeleiding kregen. Cliënten die hun revalidatiedoelen bereikten, ervaren ook een hogere kwaliteit van leven. Met andere woorden: ze zijn meer tevreden.

Ander onderzoek

De volgende onderzoeken naar de IRB gingen vooraf aan het onderzoek waarover Swildens e.a. rapporteerden in 2007 en 2011. Deze onderzoeken bevestigen de conclusies van dat onderzoek.

Individuele revalidatie 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 het 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 onderzoeksaanpak). 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 revalidatiezorgbehoeften (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, 38/1, pp. 61-70.

De studie volgde een jaar lang 35 Nederlandse patiënten met voornamelijk een psychotische of affectieve stoornis. 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 zorgbehoeftes nam af en er waren minder onvervulde zorgbehoeftes. Er waren geen significante effecten op kwaliteit van leven en op functioneren.

Societal participation: examining the impact of a rehabilitation approach for young people with schizophrenia, geschreven door T.F. van Wel & J.A. Landsheer in 2012 in het Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19, pp. 792-798.

De invloed van individuele rehabilitatie op de maatschappelijke participatie van jongeren met een psychosekwetsbaarheid, geschreven door T. van Wel & H. Landsheer in 2013 in het Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel, 22, pp. 4-14.

Het onderzoek volgde 3 tot 5 jaar 99 jongeren met een psychosekwetsbaarheid van de Utrechtse afdeling ABC-Altrecht waar de IRB wordt toegepast. Vanwege de uiteenlopende meetmomenten van de monitoringsdata is bij de analyse gebruik gemaakt van een multilevel variant van het latentegroeimodel om ontwikkelingstrajecten in beeld te brengen. Hieruit bleek het gemiddelde participatieniveau van de jongeren toe te nemen en het stoornisniveau gelijk te blijven.

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Ook in het buitenland zijn meerdere wetenschappelijke onderzoeken naar de IRB uitgevoerd, aangeduid met 'psychiatric rehabilitation' en met 'VADO Approach'.

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 tental '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.

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 standaardzorg (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.

Het persoonlijk en sociaal functioneren verbetert aanzienlijk meer in de experimentele conditie dan in de controleconditie. De psychiatrische symptomen verbeterden in de experimentele conditie meer dan in de controleconditie, dit was echter 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 begeleidden naar werk: de choose-get-keep approach (is 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 onderzoeksopzet). Zowel de deelnemers in de experimentele conditie als die in de controleconditie gingen 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.

7. Aangehaalde 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 / Utrecht: 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). *Behoeft, zorg en rehabilitatie in de chronische Psychiatrie. Een epidemiologische studie naar de chronisch psychiatrische populatie in de regio noordoost Groningen, naar de prevalentie en aard van hun zorgbehoefte, hun tevredenheid met de zorg en hun kwaliteit van leven*. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen / Stichting GGz 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 rehabilitatietrajecten. In: Van Rooijen & Van Weeghel (Red.) *Psychiatrische rehabilitatie. 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. & Nemeč, 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., Nemeč, 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.

- Draak, M.den, Mensink, W., M.van den Wijngaart, M.Kromhout (2013). *De weg naar maatschappelijke ondersteuning. Een onderzoek naar de kanteling in tien gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 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. (2008a). Werkboek Implementatie van individuele rehabilitatie in teams en afdelingen. Utrecht: Stichting Rehabilitatie '92.
- Dröes, J. (2008b). Handleiding Implementatie van individuele rehabilitatie in teams en afdelingen. Utrecht: Stichting Rehabilitatie '92.
- Dröes, J. (2012). *Toolkit Individuele Rehabilitatie Benadering*. Utrecht: Stichting Rehabilitatie '92
- Dröes, J. & Brugman, M. (2007). De Individuele Rehabilitatie Benadering. In: H. van de Beek e.a. (Eds.) *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 (Red.). *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*: 199 - 208. Amsterdam, SWP.
- Farkas, M.D., Cohen, M.R. & Nemeec, 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; tweede druk 2011). *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.
- Laar, M van e.a. (2012). Nationale Drug Monitor. www.trimbos.nl. Geraadpleegd april 2014.
- Landman-Peeters, K.M.C, Ende, P.C. 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.
- Nederlandse Zorg Autoriteit (2013). Marktscan en beleidsbrief Geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2008-2012. www.nza.nl. Geraadpleegd april 2014.
- 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.
- Roosenschoon, B-J., Wel, T. van, Driedonks, G. & Marquenie, F. (2001). De kosten van individuele rehabilitatie. Toegespitst op mensen met schizofrenie. Utrecht/Rotterdam: Altrecht GGz / Bavo RNO Groep.
- 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., Nicolelis, 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,
- W. Swildens, J.T. van Busschbach, H. Michon, H. Kroon, M.W.J. Koeter, D. Wiersma & J. van Os, (2011) 24-Month Outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *Canadian Journal of Psychiatry*. 56(12): 751-760.
- 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.
- VGN (2013). Brancherapport Gehandicapten zorg 2012. www.VGN.nl. Geraadpleegd april 2014.
- Wel, T. van (2012). *KIM. Kijk op Irb-Modelgetrouwheid*. Utrecht: Altrecht-ABC.
- Wel, T. van & F. Marquenie (2009). Vrijblijvendheid doorbroken. Individuele beoordelingscijfers voor hulpverleners. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64: 156-166.

Wel, T.F. van & Landsheer, J.A. (2012). Societal participation: examining the impact of a rehabilitation approach for young people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19: 792-798.

Wel, T.F. van & Landsheer, H. (2013). De invloed van individuele rehabilitatie op de maatschappelijke participatie van jongeren met een psychosekwetsbaarheid. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel*, 22: 4-14.

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. Indicatie voor de tijdsinvestering van de IRB-activiteiten bij mensen met schizofrenie

Onderstaand overzicht geeft een indicatie voor de tijdsinvestering van de IRB-activiteiten bij mensen met schizofrenie. Het schema is in een aangepaste vorm overgenomen uit de *Module rehabilitatie*, zoals ontwikkeld door GGZ Altrecht te Utrecht.

Doelvaardigheid beoordelen

Eindterm	gezamenlijk kennis en inzicht over de mate waarin de cliënt toe is aan een verandering op het gebied van wonen, werken (incl. dagbesteding), leren of sociale contacten. Dit staat weergegeven in het doelvaardigheidsprofiel
Indicatie	indien er twijfels zijn of de cliënt eraan toe is om een rehabilitatiedoel te stellen
Methode	individuele rehabilitatiebenadering met doelvaardigheid beoordelen ('readiness assessment'): <ul style="list-style-type: none">• noodzaak vaststellen• inzet taxeren• identiteitsbesef taxeren• omgevingsbesef taxeren• begeleidingsbehoefte inschatten
Tijdsinvestering	2 tot 8 sessies van 45 minuten, gemiddeld 5 sessies

Doelvaardigheid ontwikkelen

Eindterm	de cliënt is er (meer) aan toe om een rehabilitatiedoel te stellen
Indicatie	1) de cliënt ontevreden is op een bepaald levensgebied, en 2) de cliënt zonder hulp hier geen verandering in aanbrengt, 3) cliënt en/of hulpverlener het belangrijk vindt dat de cliënt een rehabilitatiedoel gaat stellen
Methode	<ul style="list-style-type: none">• scheppen van een band• internaliseren van successen en het ontwikkelen van zelfvertrouwen• activeren van steun uit de omgeving• identiteitsbesef ontwikkelen• omgevingsbesef ontwikkelen• andere methoden die gericht een doelvaardigheidsaspect ontwikkelen
Tijdsinvestering	van 2 maal per dag 15 minuten tot 1 maal per 2 weken 45 minuten, gemiddeld 1 keer per week 45 minuten

Stellen van een rehabilitatiedoel

Eindterm	een aantal ervaringen op grond waarvan de cliënt een weloverwogen keus maakt voor een specifieke omgeving om in te wonen, werken, leren of sociale contacten te hebben. Dit kan gaan om het verkrijgen van een rol of om het behouden van een rol in een specifieke omgeving. Het behouden van de rol staat hier in het licht van het veranderen van vaardigheden en/of hulpbronnen met als doel die rol te behouden.
Indicatie	een cliënt is er aan toe om een rehabilitatiedoel te stellen (oftewel: is doelvaardig)
Methode	<ul style="list-style-type: none">• alternatieve omgevingen beschrijven• persoonlijke criteria opsporen• een doel kiezen
Tijdsinvestering	5 tot 20 sessies van 45 minuten, gemiddeld 15 sessies

Functionele - en hulpbronnendiagnostiek

Eindterm	een gezamenlijke lijst van onmisbare vaardigheden en onmisbare hulpbronnen die de cliënt nodig heeft om met succes en naar tevredenheid te functioneren in de omgeving van zijn keuze. Op basis hiervan is direct de interventie af te leiden
Indicatie	nadat een rehabilitatiedoel is gesteld en er vermoedelijk vaardigheids- en hulpbronneninterventies nodig zijn om met succes en naar tevredenheid dit rehabilitatiedoel te halen
Methode	<ul style="list-style-type: none">• inventariseren van onmisbare praktische vaardigheden• gebruik van onmisbare praktische vaardigheden beschrijven• vaardigheidsfunctioneren beoordelen• inventariseren van onmisbare hulpbronnen• gebruik van onmisbare hulpbronnen beschrijven• beschikbare hulpbronnen onderzoeken
Tijdsinvestering	5 tot 15 sessies van 45 minuten, gemiddeld 10 sessies

Vaardigheidsinterventie (vaardigheidsles en -toepassing)

Eindterm	de cliënt leert vaardigheden (toepassen) die onmisbaar zijn om in zijn doelomgeving (zoals beschreven in zijn rehabilitatiedoel) met succes en naar tevredenheid te functioneren
Indicatie	indien uit de functionele diagnostiek blijkt dat er onmisbare vaardigheden ontbreken om het rehabilitatiedoel te bereiken, en de cliënt en hulpverlener ervoor kiezen om de vaardigheid te leren (toepassen)
Methode	<ul style="list-style-type: none">• inhoud schetsen• voorbereiden van de vaardigheidsles• stappenplan vaardigheidstoepassing maken
Tijdsinvestering	per vaardigheid: 5 tot 15 sessies van 45 minuten, gemiddeld 10 sessies

Hulpbronneninterventie

Eindterm	de cliënt heeft beschikking over de voor zijn rehabilitatiedoel onmisbare hulpbronnen en maakt er gebruik van
Indicatie	indien uit de hulpbronnendiagnostiek blijkt dat er onmisbare hulpbronnen ontbreken om het rehabilitatiedoel te bereiken, en de cliënt en hulpverlener ervoor kiezen om de hulpbron te creëren, te verkrijgen of te gebruiken
Methode	<ul style="list-style-type: none">• creëren van hulpbronnen• verkrijgen van hulpbronnen• gebruiken van hulpbronnen
Tijdsinvestering	2 tot 10 sessies van 45 minuten, gemiddeld 5 sessies