

Rehabilitatie-onderzoek in Nederland

Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000 - 2007

H. Michon, J. van Weeghel

Trimbos-instituut
Kenniscentrum Rehabilitatie
ZonMw



Colofon

opdrachtgever	Stijn Tersmette (ZonMw)
kader	Programma GeestKracht ZonMw;
projectleiding /uitvoering	Harry Michon (Trimbos-instituut)
advies en uitvoering	Jaap van Weeghel (Kenniscentrum Rehabilitatie)
uitvoering	Toine Ketelaars (Trimbos-instituut)
	Caroline Place (Trimbos-instituut)
	Linda Gerth-Verhoeve (ZonMw)
Tekstcorrectie:	Freeke Perdok (Trimbos-instituut)

geraadpleegde experts /sleutelpersonen: zie bijlage 1

bestelgegevens

Als PDF gratis te downloaden van diverse sites:
www.zonmw.nl
www.trimbos.nl (AF0831)
www.kenniscentrumrehabilitatie.nl
www.ggznederland.nl

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	5
2	Inleiding	7
3	Context	9
4	Methode	13
5	Bevindingen	17
	5.1 Kenmerken van de geïnccludeerde projecten	17
	5.2 Bevindingen van projecten van het type Probleemverkenning - synthese	19
	5.3 Bevindingen over interventies primair gericht op rehabilitatieterreinen	22
	5.4 Bevindingen over interventies waarin rehabilitatie en herstel onderdelen zijn.....	27
6	Discussie	31
	6.1 Bevindingen in een internationale context en kennislacunes	31
	6.2 Conclusies	36
	Referenties	47
Bijlage 1	Geraadpleegde experts	
Bijlage 2	Korte beschrijvingen van interventies en zorgmodellen	
Bijlage 3	Geïnccludeerde projecten en in de synthese betrokken publicaties	
Bijlage 4	Geïnccludeerde projecten en hoofdkenmerken	

1 Samenvatting

In dit rapport bespreken we de kennis die de afgelopen jaren is verzameld over de maatschappelijke integratie van mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland. We vatten de bevindingen van 52 studies samen, lopend of afgerond sinds het jaar 2000. Daarbij gingen we na in hoeverre onze kennis over de werkzaamheid en toepassing van interventies compleet is. Hiervoor werd de 'kenniscyclus interventies' benoemd, bestaande uit 5 fasen: 1. probleem verkennen; 2. interventies ontwikkelen; 3. effect bestuderen; 4. experimenteel implementeren en 5. landelijk verspreiden.

Een derde van de 52 geïncludeerde projecten betrof probleemverkenning en ontwikkeling (1 en 2). Bijna tweederde betrof effectstudies, waaronder acht gerandomiseerde gecontroleerde studies (3). Twee projecten hadden experimentele of landelijke implementatie tot doel. Kortom: we weten op dit moment beter wat (mogelijk) werkt, dan hoe we de meer werkzame interventies succesvol kunnen toepassen.

In Nederland is de kenniscyclus interventies het meest compleet gevuld voor

- De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB);
- Assertive Community Treatment (ACT);
- Lotgenotengroepen voor trouwe deelnemers;
- Individuele Plaatsing en Steun (IPS).

Nederlands onderzoek biedt goede indicaties voor de effectiviteit van drie van deze vier: IRB, ACT en lotgenotengroepen voor trouwe deelnemers. IPS wordt momenteel met een gecontroleerde effectstudie onderzocht; internationaal is dit model al een erkende *evidence based* interventie.

Tegelijkertijd constateren we dat zelfs de kennis voor deze interventies belangrijke lacunes vertoont. Voor de effectiviteit moet duidelijker of meer bewijs gevonden worden; en implementatiekennis is over het algemeen nog sporadisch voorhanden.

Maatschappelijke integratie impliceert onder andere deelname aan de samenleving, in alle 'levensdomeinen', zoals wonen, werk, leren, sociale contacten en dagelijkse bezigheden (Zie het contexthoofdstuk in dit rapport).

Uit behoefteonderzoek blijkt dat vele mensen uit de doelgroep laten weten dat zij vooral op de gebieden sociale contacten en zinvolle dagbesteding onvervulde behoeften en wensen hebben. Echter juist op deze levensgebieden is de minste kennis voorhanden wat betreft werkzame interventies en de implementatie ervan (met uitzondering van lotgenotengroepen). Wat betreft werk is er groeiende kennis over en evidentie voor IPS, maar er is weinig bekend over de effectiviteit en implementatie van andere modellen, bijvoorbeeld interventies voor mensen die bredere arbeidswensen hebben dan per se regulier betaald werk vinden.

Wat betreft wonen is nationaal en internationaal de stand van kennis vanuit de hier gehanteerde cyclus bezien verrassend zwak. We beschrijven diverse evaluatiestudies van woonvoorzieningen, maar effectiviteit is nog onvoldoende vastgesteld.

Wat leren betreft zijn er eerste aanwijzingen voorhanden dat het model 'begeleid leren' werkzaam is. Echter, zowel nationaal als internationaal is onze kennis over effectiviteit en implementatie van dit model en andere modellen nog onvoldoende.

De meeste onderzochte interventies zijn specifiek gericht op verbetering van de maatschappelijke integratie van mensen uit de doelgroep, op een bepaald levensdomein. De

effectief bevonden IRB helpt cliënten bij het realiseren van individuele wensen op levensdomeinen, ongeacht het domein. Kennis wat betreft andere in Nederland bestaande alternatieve benaderingen, zoals het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, is veel minder compleet.

ACT is een omvattend zorgprogramma, waarin rehabilitatie een *onderdeel* is, naast zorg en behandeling. De Nederlandse en internationale uitkomsten wijzen vooral op gunstige werkzaamheid wat betreft continuïteit en stabiele leefsituatie (vermindering of preventie van zorg binnen de instellingsmuren). Daarmee is ACT vooralsnog meer een voorwaardenscheppende interventie dan een interventie die direct de maatschappelijke integratie bevordert.

Een opvallende bevinding is verder dat kennis ten aanzien van de maatschappelijke integratie van mensen met een ernstige verslavingsproblematiek nog nauwelijks voorhanden is: over de maatschappelijke integratie van deze groep weten we duidelijk minder dan van de hele groep van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

In het discussiedeel van dit rapport worden de Nederlandse bevindingen in de context van internationaal onderzoek geplaatst. We eindigen met een serie aanbevelingen. Per fase van het gehanteerde kenniscyclusmodel formuleren we diverse aanbevelingen.

Aangaande probleemverkenning pleiten we voor meer systematische monitoring in Nederland; meer onderzoek naar de factoren die samenhangen met succesvolle maatschappelijke integratie; meer aandacht voor specifieke doelgroepen.

Aangaande ontwikkeling van interventies en vervolgstappen in de cyclus bepleiten we een substantiële inspanning om kennisachterstand op de gebieden sociale contacten en dagbesteding weg te werken. Voor mensen met een verslavingsachtergrond geldt hetzelfde, en wijzen we erop dat hier *alle* gebieden nog meer aandacht verdienen.

Aangaande effectonderzoek vragen we o.a. om meer replicatiestudies en meer gedegen studies naar effect van veelbelovende interventies zoals begeleid leren.

Wat implementatie betreft stellen we dat interventies waarvoor aanwijzingen bestaan dat deze effectief zijn, in elk geval meer implementatie-inspanningen verdienen. We pleiten er in dit rapport voor dat implementatie, ongeacht de aard van de interventie, moet voldoen aan volgens systematisch onderzoek opgedane implementatie-inzichten. Om die reden beschrijven we in dit rapport uitvoerig het grote 'Implementing Evidence Based Practices' project in de VS, waarin veel bruikbare implementatiekennis is opgedaan inzake effectief gebleken interventies voor mensen uit de doelgroep.

Tot slot: we hebben getracht om een evenwichtig en zakelijk rapport te schrijven. De aanbevelingen vergen op korte termijn scherpe(re) keuzes. Wij worden daarbij graag betrokken, maar vinden dat ZonMw en andere partijen daarbij het voortouw moeten nemen. Een wenselijke volgende stap is wellicht een specifiek project waarin rehabilitatiekennis gebundeld wordt tot een handreiking voor instellingen. Die handreiking zou mogelijke toekomstige projecten kunnen steunen. In elk geval is ons inziens een nieuwe, meerjarige kennisprogrammering nodig, met aandacht voor zowel nieuw effectonderzoek als systematische implementatieprojecten, uiteraard gekoppeld aan gedegen implementatie onderzoek. Dit rapport biedt ons inziens voldoende bouwstenen en aanbevelingen voor zo'n programma. Rest ons om met kracht aan ZonMw en andere relevante stakeholders aan te bevelen om een dergelijke programmering daadwerkelijk te realiseren op korte termijn.

2 Inleiding

In dit rapport bespreken we de kennis die de afgelopen jaren is verzameld over de maatschappelijke integratie van mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland. Daartoe geven we een overzicht van de bevindingen van recente onderzoeken op dit terrein. In het bijzonder besteden we aandacht aan onderzoeken naar de resultaten van interventies en programma's die tot doel hebben de maatschappelijke participatie van deze groep te bevorderen.

Dit rapport is geschreven in het kader van het ZonMw programma GeestKracht. Twee GeestKrachtdoelen zijn hier in het bijzonder van toepassing: 1. vergroten van kennis, en 2. bevorderen van overdracht en implementatie van kennis. Deze synthese is de eerste van een beperkt aantal kennissyntheses die in het kader van GeestKracht zullen worden uitgevoerd. Deze synthese past ook binnen het convenant dat ZonMw, GGZ Nederland en het Trimbos-instituut onlangs afsloten, met als doel om meer samenhang aan te brengen in de kenniscyclus.

Doel- en vraagstelling

Doel van dit project is synthese van kennis op het gebied van rehabilitatieonderzoek, oftewel onderzoek naar de maatschappelijke integratie van mensen met ernstige psychiatrische problematiek. We verstaan hieronder in dit kader degenen met een psychiatrische diagnose volgens de DSM, met actuele psychische problematiek, met beperkingen in het sociaal functioneren en die zich zonder hulp van de GGZ moeilijk staande kunnen houden.

De hoofdvraag is welke lering (in termen van kennis en implementatie-inzichten) valt te trekken uit het (implementatie-)onderzoek naar rehabilitatie van mensen met psychiatrische problematiek,

- a) voor een succesvolle maatschappelijke integratie;
- b) voor wat betreft implementatie van kennis en andere producten uit de projecten in de praktijk de komende jaren en
- c) voor wat betreft een onderzoeksagenda (met het oog op gesignaleerde lacunes in kennis) voor de komende jaren.

In dit eindrapport relateren we de bevindingen aan de kennis die is verzameld met behulp van de monitor vermaatschappelijking in de langdurige zorg. Tevens brengen we de bevindingen in verband met de reacties en observaties van geraadpleegde experts. We plaatsen de gegevens over de Nederlandse situatie waar mogelijk in een internationaal perspectief. Langs deze weg kunnen we signaleren welke stappen in de kennisontwikkeling al gezet zijn, welke lacunes in kennis er overblijven en welke knelpunten zich voordoen bij de implementatie van reeds voorhanden kennis over de maatschappelijke integratie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

De opbouw van dit rapport is als volgt. Eerst voorzien we het rapport van een inhoudelijke context (probleemstelling). Daarna leggen we uit welke methode we gevolgd hebben. De bevindingen vormen het volgende deel. Daarin beschrijven we de kenmerken van de geïnccludeerde studies en vatten we de voornaamste bevindingen daarvan samen. Daarna volgt een discussie waarin we eerst onze bevindingen in de context plaatsen van internationale kennis inzake maatschappelijke integratie van mensen uit de doelgroep, om vervolgens conclusies te trekken en aanbevelingen te formuleren.

3 Context

Mensen met ernstige psychische aandoeningen¹ koesteren veelal dezelfde levenswensen als andere burgers, maar hebben vaak grotere moeite die wensen te realiseren. Dit probleem is behalve in Nederland ook in andere westerse landen vastgesteld (Drake e.a., 2003; Ware e.a., 2007; Killaspy e.a., 2005; Morgan e.a., 2007). Veel mensen met ernstige psychische aandoeningen verblijven wel in de samenleving, maar maken er nauwelijks deel van uit. Zo behoren deelname aan betaald werk of andere dagbesteding en het hebben van gezelschap en sociale relaties tot de meest onvervulde behoeften van de doelgroep. Het sociale isolement waarin velen verkeren heeft vele achtergronden: naast individuele beperkingen (zoals gebrek aan vaardigheden of levenservaringen) spelen ongunstige levensomstandigheden (laag inkomen, weinig sociale steun, langdurig ziekenhuisverblijf) en maatschappelijke barrières (stigmatisering, ontoegankelijke instanties, ondoorzichtige regelingen) meestal een rol. Zo'n combinatie van beperkingen leidt niet zelden tot een forse maatschappelijke achterstand, een lage ervaren kwaliteit van leven en bestendinging of verergering van de psychische problematiek.

In de laatste decennia beoogde het beleid van vermaatschappelijking de deelname van mensen met psychische aandoeningen aan de samenleving te bevorderen. Dit impliceert dat de GGZ haar cliënten in een maatschappelijke omgeving hulp aanbiedt. Verder moeten andere groepen en organisaties in actie komen om de inburgering van cliënten mogelijk te maken. Voorts behoren cliënten, en hun naastbetrokkenen, zelf een belangrijk aandeel te krijgen in de vormgeving van 'hun' ondersteuning (Kwekkeboom, 2001). Zo schept vermaatschappelijking de condities voor goede rehabilitatietrajecten. Daarbij noopt de invoering van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) tot een strategische heroriëntatie: faciliteerde tot voor kort vooral de AWBZ de sociale participatie, nu is dat steeds meer een taak van de lokale overheid.

Rehabilitatie staat opnieuw in de belangstelling in de GGZ (zie o.a. het visiedocument langdurende GGZ van GGZ Nederland, in voorbereiding). Sinds kort behoort 'rehabilitatie' tot de prestatie-indicatoren voor GGZ en verslavingszorg (GGZ Nederland e.a., 2007). Dit bevestigt dat GGZ-hulp er mede toe dient cliënten te ondersteunen in hun maatschappelijke participatie. Dit gebeurt indirect door behandeling en praktische hulp te bieden. In directe zin ondersteunen rehabilitatieprogramma's cliënten bij het kiezen, krijgen en behouden van gewenste sociale rollen. Daarbij wordt rehabilitatie steeds vaker in combinatie met andere zorgvormen (behandeling, bemoeizorg en praktische ondersteuning) aangeboden, zoals in het integrale zorgaanbod van het ACT- en FACT-model (Van Weeghel, 2006).

In de internationale literatuur is de vraag aan de orde hoe hoog de lat moet liggen in de rehabilitatiepraktijk. In de Verenigde Staten leggen Drake e.a. (2003) de lat op de hoogte van volledige maatschappelijke integratie. Zij staan hierin niet alleen. Zo stellen Bond e.a. (2004) dat rehabilitatieprogramma's niet door de lakmoesproef komen als daarin cliënten naar

¹ Mensen met ernstige psychische stoornissen zijn naar zorggebruik te onderscheiden in drie groepen: mensen die de afgelopen twee jaar (bijna) voortdurend in zorg waren, de langdurig zorgafhankelijken; mensen met ernstige psychiatrische problematiek en beperkingen die korter dan twee jaar (aaneengesloten) gebruik maken van de GGZ; en mensen met ernstige psychiatrische problematiek en beperkingen die geen gebruik maken van de GGZ, omdat zij niet beseffen dat hun problematiek ernstig is en/of de GGZ bewust mijden of omdat zij elders voldoende ondersteuning krijgen. Een landelijke schatting van de omvang van de eerstgenoemde groep op basis van de psychiatrische casusregisters betreffende het jaar 2004 komt uit op 78.000 (alle leeftijdscategorieën). (overgenomen uit Kroon H, in voorbereiding)

beschermde settings, buiten de gewone samenleving, worden begeleid. Zij onderscheiden twee kerndimensies van het herstelproces. Eerst en vooral is herstel een psychologisch proces van de cliënt: verandering van zelfbeeld, verzamelen van hoop en moed, formuleren van doelen, meer geloof in eigen kunnen en grotere zelfbepaling. *Community integration* beschouwen zij als de tweede kerndimensie: de meetbare manifestatie van herstel op het gebied van wonen, werken, leren en sociale contacten. Ook Ware e.a. (2007) houden vast aan het ideaal van volledige integratie. Zich mede baserend op ideeën uit de herstelbeweging, beschouwen zij “flourishing, not simply functioning” als het uiteindelijke doel van integratie.

Was de rehabilitatieliteratuur uit de Verenigde Staten altijd al ambitieuzer van toon, tegenwoordig worden ook in Engeland de definities en doelen van rehabilitatie in optimistischer bewoordingen geformuleerd. Voorheen vonden Bennett (1978) en Shepherd (1984) dat rehabilitatie het functioneren van cliënten dient te maximaliseren, maar wel met de erkenning dat de beperkingen van veel cliënten zo vastliggen dat zij een beschermende omgeving nodig hebben. Onlangs kwamen Killaspy e.a. (2004) met een ambitieuzere definitie van rehabilitatie: ‘A whole systems approach to recovery from mental ill health which maximizes an individual’s quality of life and social inclusion by encouraging their skills, promoting independence and autonomy in order to give them hope for the future and which leads to successful community living through appropriate support’ (blz. 163). Opvallend hierin is de afwezigheid van ‘beperkingen’, de centrale plaats van ‘herstel’ en ‘succesvol leven in de gemeenschap’ als het na te streven doel.

Het beleid van vermaatschappelijking, dat er immers toe heeft geleid dat steeds meer cliënten al in de samenleving verblijven, is mede de aanleiding om de ambities van rehabilitatie op te schroeven. Daarbij zorgen andere delen van overheidsbeleid voor extra aanknopingspunten. Zo erkent de Britse overheid in haar ‘social inclusion’ dat mensen met ernstige psychische aandoeningen tot de meest buitengesloten groepen in de samenleving behoren (Morgan e.a., 2007). Ook de herstelbeweging van cliënten zet hoog in als het gaat om maatschappelijke participatie. Zo vindt Boevink (2005) dat de samenleving lang genoeg het recht heeft opgeëist om niet gestoord te worden. Dat recht wil zij inruilen voor ‘(...) een verbod op uitsluiting en de plicht om ons mee te laten doen’. Vermaatschappelijking kan juist ook aanleiding tot bescheidenheid zijn. Zo moet rehabilitatie vorm krijgen in een samenleving die wordt gekenmerkt door verzwakking van sociale verbanden, modernisering van de verzorgingsstaat en een groter beroep op eigen verantwoordelijkheid. Dröes (2003) vindt dat we cliënten veel schade kunnen berokkenen door net te doen alsof we deze maatschappij wel even kunnen veranderen. Daarom is bescheidenheid over wat we kunnen, en erkenning van wat we niet kunnen bereiken, een belangrijke waarde (naast de waarden verantwoordelijkheid en solidariteit) in de rehabilitatie.

Belangrijk is de opvatting van Ware e.a. (2007) dat maatschappelijke integratie bovenal een *proces* is, waarin mensen met psychische aandoeningen tot ontwikkeling komen en hun capaciteiten voor verbondenheid en burgerschap leren uitoefenen. Verbondenheid (‘connectedness’) impliceert het hebben van wederkerige relaties die niet alleen voor gezelschap en een goed gevoel zorgen maar ook toegang tot hulpbronnen verschaffen. Verbondenheid is meer dan het ontvangen van sociale steun: het is het gevoel deel uit te maken van een groter geheel, ondermeer van groepen waarin psychisch ziek-zijn geen dominante rol speelt. Burgerschap, het andere centrale begrip in de definitie, verwijst naar democratische rechten, voorrechten en verantwoordelijkheden. Deze zijn mensen met psychische aandoeningen heel lang ontzegd. De notie ‘burgerschap’ laat dus zien dat sociale integratie ook een politieke dimensie heeft.

Voorts moeten de subjectieve betekenis en de individuele beleving van maatschappelijke integratie worden onderkend (Morgan e.a., 2007; Ware e.a., 2007). In dit opzicht is er veel overeenkomst tussen sociale integratie en herstel. Herstellen is immers behalve een individueel ook een sociaal proces. Zo moeten cliënten herstellen van sociale uitsluiting en de gevolgen daarvan. Bij maatschappelijke integratie gaat het, net als bij herstellen, om het creëren van eigen betekenissen, het herinterpreteren van eigen ervaringen en het zoeken naar manieren om een waardevol leven op te bouwen. Maatschappelijke integratie is een proces waarin mensen competenties kunnen verwerven én kansen moeten krijgen. Volgens Ware e.a. behoort het bieden van kansen tot competentieontwikkeling tot het GGZ-domein, terwijl het bieden van kansen om die competenties te gebruiken meer een opdracht voor de hele samenleving is.

Een effectief actieprogramma om maatschappelijke integratie te realiseren vereist veel wetenschappelijke kennis, maar ook kennis en ervaringen van hulpverleners, cliënten en hun naastbetrokkenen. Bovendien gaat het niet alleen om kennis over effectieve interventies binnen de GGZ. Het veronderstelt minstens zoveel kennis over mogelijkheden in het bredere maatschappelijke domein.

4 Methode

We voerden dit project uit door middel van een zogeheten systematische scan. Deze scan heeft o.a. de volgende kenmerken (naar “eindrapport lage rugklachten”: “methoden van kennissynthese en eerste ZonMw producten”):

- Rond een thema of doelgroep;
- Overzicht van relevante projecten;
- Aangevuld met publicaties vanuit deze projecten;
- Ordening (naar ziekte, plek in de keten, doelgroep);
- Korte beschrijving resultaat;
- Analyse en korte beschrijving van de bevindingen;
- Toets van de compleetheid en validiteit van het overzicht door experts;
- Doel: overzicht bieden van kennis rond een specifiek onderwerp.

In dit geval gebruiken we twee methodes: 1. ordening en analyse van bevindingen volgens onderzoeks- en implementatieprojecten inzake het onderwerp. 2. bespreking in een focusgroep met experts inzake rehabilitatie en afnemers c.q. (eind)gebruikers van de tussentijdse resultaten van de kennissynthese (verderop toegelicht). In navolging van Mays et al. (in: Bos en Van Kammen, 2007) maken we onderscheid tussen *knowledge support* en *decision support*. “Knowledge support is het aandragen van kennis voor besluitvorming in praktijk en beleid. De uitkomst is een beschrijving van de best beschikbare *evidence*, op basis van onderzoeksbevindingen en praktijk- en beleidservaringen. Decision support is het ondersteunen van besluitvorming in praktijk en beleid. In aanvulling op knowledge support behelst dit een vertaalslag van onderzoeksresultaten en informatie uit beleid en praktijk, samen met potentiële gebruikers zoals bijvoorbeeld zorgverleners en hun beroepsorganisaties, patiënten en hun organisaties, managers van zorginstellingen, zorgverzekeraars en beleidsmakers.” (Bos en Van Kammen 2007).

Gaandeweg werd duidelijk dat knowledge support de meest van toepassing zijnde functie is op het onderhavige project. Een volgende stap kan zijn de wenselijkheid verkennen en eventueel uitvoeren van een project waarin decision support voorop staat.

Inclusiecriteria

Kennisprojecten zijn geselecteerd als deze aan de volgende criteria voldoen:

1. Doelgroep is: mensen met ernstige psychiatrische problematiek (inclusief ernstige verslaving) - (*Severe Mental Illnesses*);
2. Uitkomst domein: maatschappelijke integratie (sociaal functioneren; sociaal-maatschappelijk functioneren; ook ‘herstel’ als uitkomst is meegenomen, gezien de verwevenheid met maatschappelijke integratie);
3. Vanaf 2000 lopend of afgerond;
4. Nederlandse projecten (incl. projecten waarin NL samenwerkt met internationale onderzoeksgroepen);
5. Projecten hebben als doel om systematisch een deel of delen van de kenniscyclus op te vullen (bijvoorbeeld: projectbeschrijvingen die niet gebaseerd waren op systematisch onderzoek naar de maatschappelijke participatie van cliënten vielen af).

Voor reviews, overzichten en dergelijke gold als extra eis dat deze gebaseerd dienden te zijn op systematisch onderzoek en wetenschappelijke verantwoording daarvan. De nummers in de tekst tussen haakjes bij de bevindingen verwijzen naar de geïncludeerde projecten en corresponderen met de nummers in bijlage 3 en 4.

Bronnen

We screenden onder andere de volgende bronnen:

- Alle 294 ZonMw projecten gemeld in het rapport “Overzicht van projecten over geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslaving” (maart '07);
- Alle projecten vermeld op de website van Kenniscentrum Rehabilitatie, rubriek ‘onderzoek’ (KCR, d.d. januari '08);
- Projecten vermeld op o.a. de websites van Trimbos-instituut, RGOc en ZonMw d.d. januari '08.

Daarnaast vond raadpleging plaats van de experts in een focusgroepbijeenkomst (november '07). Zij vulden op grond van eigen overzicht de lijst aan. Ook schreven we een selectie van deze en andere experts dan wel kenniscentra aan met uitleg over de studie, de vraag en de inclusiecriteria. De door ons gesignaleerde projecten werden aan hen voorgelegd met de vraag om aan te vullen en informatie op te sturen.

Expertbijeenkomst

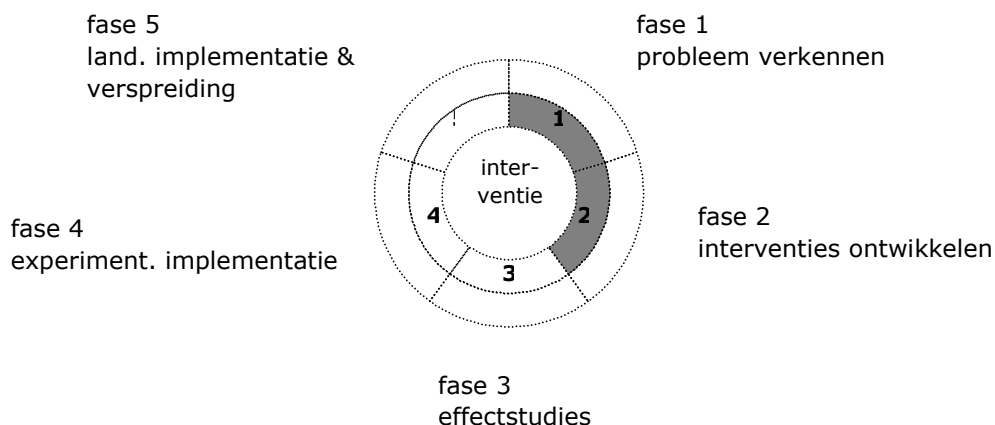
Een bijeenkomst met sleutelpersonen werd gehouden op 26 november 2007 (zie bijlage 1 voor de deelnemers). De bevindingen zijn door ZonMw in een intern verslag beschreven. Die bevindingen worden in dit rapport geïntegreerd. Mede op grond van de adviezen en bevindingen is in het project een preciezere focus aangebracht en zijn de inclusiecriteria aangescherpt. Opmerkingen rakend aan conclusies en of aanbevelingen verwerken we in het conclusiedeel van dit rapport.

Analyse

Focus in de analyse en rapportage is gelegd op de werkzaamheid en implementeerbaarheid van interventies volgens onderzoek. Geïnccludeerde projecten zijn eerst beschreven volgens een vast sjabloon van variabelen, waaronder: Doel- vraagstelling; Informatie over de interventie; Plaats in de kenniscyclus; Design; Doelgroep; Omvang c.q. reikwijdte; Uitkomstgebieden-meetinstrumenten; Afgerond (ja, nee);Belangrijkste bevindingen; diverse Contactgegevens en Publicaties/producten.

Een belangrijk onderdeel in de analyse was het indelen van geïnccludeerde projecten naar onderzocht uitkomstgebied en interventietype. Dit leverde indeling van de bevindingen op in subthema's, bijvoorbeeld interventies die beogen te ondersteunen bij arbeidsreïntegratie (arbeidsrehabilitatie). Per subthema worden in dit rapport de kernbevindingen samengevat. De stand van kennis wordt getypeerd naar mate waarin de ‘kenniscyclus interventies’ gevuld is. In figuur 1 is dit fasenmodel weergegeven. Het is opgesteld voor de ontwikkeling en verspreiding van effectieve interventies, zoals dat op het gebied van GGZ-behandeling en – preventie al vaak wordt gehanteerd. Het hier gehanteerde model is mede gebaseerd op het model getypeerd door Verburg (in: Dooper 2005), dat tevens bij ZonMw in gebruik is. Voor het doeleind van dit rapport is dat model hier aangepast.

Figuur 1 Typering naar kennisniveau: kenniscyclus interventies



De kenniscyclus interventies kent vijf hoofdfasen.

1. Probleemverkenning en verkennend onderzoek naar veelbelovende innovaties;
2. Ontwikkeling van de interventie en *pilot*-fase;
3. Effectonderzoek naar de interventie;
4. Experimentele implementatie(-onderzoek) op proeflocaties;
5. Landelijke implementatie en disseminatie.

Projecten zijn ingedeeld naar interventietype en -groep, bijvoorbeeld interventies gericht op wonen in de samenleving. Per type geven we aan op welk niveau de huidige kennis zich bevindt. We doen dit door bevindingen te beschrijven, maar ook door de figuur in te kleuren. Een met grijs ingekleurd vlak betekent dat de betreffende fase bereikt is. Een gearceerd vlak betekent dat de fase 'gedeeltelijk' ingevuld is, bijvoorbeeld dat er nog geen RCT maar wel een eerste evaluerende studie is gedaan. In de hier ingevulde voorbeeldfiguur zijn rond een uitkomstgebied wel interventies ontwikkeld, maar nog niet met effectstudies geëvalueerd, laat staan dat experimentele implementatie en landelijke verspreiding aan de orde zouden zijn. De binnenste ring wordt in dit rapport ingevuld en verbeeldt de stand van zaken van Nederlandse projecten. De buitenste ring blijft hier oningevuld, maar symboliseert dat internationaal ook naar stand van kennis gekeken moet worden. In het conclusiedeel relateren we de bevindingen wel aan de internationale context.

Bij de aanbevelingen komen we terug op dit model en beschrijven we de verdere ideale invulling van de hoofdfasen.

5 Bevindingen

In totaal is informatie over 95 projecten (lopend of afgerond) bekeken met de vraag of deze voor inclusie in aanmerking kwamen. Hiervan voldeden 52 projecten wel en 43 projecten niet aan de criteria. Dit rapport betreft de 52 geïnccludeerde projecten. Van ieder project is een beschrijving (bij afzonderlijke deelstudies soms per deelstudie) gemaakt volgens een vast sjabloon. Deze beschrijvingen zijn te vinden op www.kenniscentrumrehabilitatie.nl. 39 Projecten (74%) waren afgerond, dat wil zeggen dat de bevindingen zijn beschreven in een eerste eindverslag en/of eerste openbare andere publicatie, zoals een boek of artikel in een tijdschrift. Bijlage 4 biedt een overzicht van alle 52 geïnccludeerde projecten (titel en kenmerken).

5.1 Kenmerken van de geïnccludeerde projecten

Bijna alle projecten hadden de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen als brede doelgroep (n=47, 90%). Vier projecten richtten zich op mensen met ernstige verslavingsproblematiek en in één geval ging het om een mix van beide groepen. Voor het overgrote deel betreft dit rapport dus kennis met betrekking tot de algemene groep van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Overigens is bekend dat een groot deel van deze groep tevens verslavingsproblematiek heeft.

In tabel 1 zijn de projecten getypeerd naar positie in de kenniscyclus.

Tabel 1 Geïnccludeerde projecten naar positie in de kenniscyclus interventies

Positie kenniscyclus	n	%
Probleemverkenning	10	19,2
Eerste ontwikkeling van interventie	7	13,5
Effectstudie	33	63,5
Experimentele implementatie	1	1,9
Grootschalige implementatie & kennisoverdracht	1	1,9
totaal	52	100

Het grootste deel van de projecten is als 'effectstudie' te typeren. Daarbij is die term ruim genomen: hieronder zijn alle projecten gerekend die tot doel hadden om vast te stellen of met een interventie of programma het beoogde doel bereikt werd (bijvoorbeeld via programma-evaluatie of trial).

Een vijfde van de projecten is als 'probleemverkenning' getypeerd, inclusief overzichtstudies op dat gebied. Dat zijn bijvoorbeeld projecten waarin geïnventariseerd wordt welke behoeften cliënten hebben aan ondersteuning, of projecten waarin een instrument ontwikkeld is, dat in verder onderzoek gebruikt kan worden om effecten vast te stellen, of diagnostiek te plegen.

De ontwikkeling van (nieuwe) interventies kwam in mindere mate voor (13%). Er zijn nauwelijks kennisprojecten aangetroffen waarbij het doel was om bestaande 'evidence based' kennis om te zetten in landelijke of regionale toepassing. Hetzelfde geldt voor studies e.d. die als doel hebben om de bevindingen van diverse projecten te integreren, zoals

systematische reviews. Geen enkel project had als doel om kennis om te zetten in richtlijnen².

In tabel 2 zijn de projecten onderverdeeld naar 'designtype'. Hier is ieder project ingedeeld naar het meest van toepassing zijnde design.

Tabel 2 Geïnccludeerde projecten naar design

Designtypering	N	%
Observationeel, transversaal (survey)	21	40,4
Observationeel, longitudinaal (cohort, case-control)	13	25,0
Toetsend (experiment en quasi-experiment, al dan niet longitudinaal)	12	23,1
Literatuuronderzoek/review/meta-analyse	2	3,8
Anders	4	7,7
totaal	52	100

Bij een groot deel van de projecten (40%) zijn de bevindingen met betrekking tot de maatschappelijke integratie van cliënten gebaseerd op cross-sectioneel onderzoek, oftewel dwarsdoorsnede-onderzoek. Een kwart van de studies is longitudinaal, dat wil zeggen studies waarin cliënten in de loop van de tijd gevolgd zijn. Ook ongeveer een kwart van de studies betrof een (quasi-)experiment waarin het effect van een type interventie onderzocht is door vergelijking met ander aanbod, bijvoorbeeld een concurrerend type interventie of 'care as usual'.

Niet alle experimentele studies hadden meer dan één meting. In totaal hadden 24 projecten een longitudinale opzet (de 13 cohortstudies en 11 van de 13 experimentele studies). Negen studies waren gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) (plm. 16%).

Tabel 3 toont het aantal projecten naar het 'meest centrale uitkomstgebied' waarop het project was gericht. Zo is een project met als voornaamste vraag of mensen zelfstandig gingen wonen, bij 'wonen' ingedeeld.

Ruim een derde van de projecten heeft diverse leefgebieden als centrale thema. Die projecten hebben sociaal-maatschappelijk functioneren breed onderzocht. Daarna volgen projecten met werk als centraal uitkomstgebied en projecten die zorgbehoeften of kwaliteit van leven (of beide) in kaart brengen.

Binnen de groep die het focus op één specifiek leefdomein heeft, is 'werk' het meest in beeld gebracht (18%). Daarna volgen wonen en herstel. Het minst vaak onderzocht zijn stigma, sociale contacten, dagbesteding en leren.

² Uiteraard is wel de richtlijn schizofrenie verschenen – maar die maakt geen onderscheid internationaal – nationaal; anderzijds is dit wel een synthese van kennis die ook op nationaal niveau zeer bruikbaar is en hier wordt aangehaald.

Tabel 3 Geïnccludeerde projecten naar uitkomstgebied

Meest centrale uitkomstgebied	als 1e gebied (n)	%	als 1e of 2e gebied (n)	%
Wonen	7	13,5	9	17,3
Werk	10	19,2	10	19,2
Leren	2	3,8	3	5,8
Dagbesteding	2	3,8	2	3,8
Sociale contacten	2	3,8	4	7,7
Diverse leefgebieden	14	26,9	19	36,5
Herstel / empowerment	5	9,6	7	13,5
Zorgbehoeften / kwaliteit v. leven	8	15,4	17	32,7
Stigma	2	3,8	3	5,8
Totaal	52	100	74	nvt*

* optellend tot meer dan 100, omdat de categorieën elkaar niet uitsluiten

In tabel 4 is te zien welk type interventie onderzocht werd. De term interventie is daarbij breed opgevat: van interventies gericht op een specifiek domein, bijvoorbeeld lotgenotencontactgroepen, tot zorgprogramma's waarbij rehabilitatie en maatschappelijke integratie onderdelen zijn naast bijvoorbeeld behandeling van symptomen.

Tabel 4 Projecten naar interventietype

	typering interventie	n	%
<i>Geen interventie onderzocht</i>	Probleemverkenning / meta-onderzoek	11	21,2
<i>Specifiek op rehabilitatie-uitkomst gericht</i>	Diverse levensgebieden	8	15,4
	Arbeid	8	15,4
	Wonen	6	11,5
	Leren	2	3,8
	Dagbesteding	2	3,8
	Sociale contacten	2	3,8
	Herstel	2	3,8
<i>Bredere zorg (rehabilitatie is onderdeel)</i>	<i>Assertive Community Treatment</i>	3	5,8
	Zorgprogramma	4	7,7
	Diagnostiek en assessment	4	7,7
		52	100

Tabel 4 laat zien dat dertig projecten een interventie onderzochten die primair als doel had om de maatschappelijke integratie of het herstel vanuit cliëntperspectief te verbeteren. Ongeveer één op de vijf projecten betreft interventies die omvattende zorg bieden, zoals Assertive Community Treatment (ACT) en programma's gericht op de leefsituatie van cliënten, waarin wonen weliswaar het centrale domein is, maar waarin tevens behandeling en dagelijkse begeleiding zijn opgenomen.

In de volgende paragrafen vatten we de belangrijkste bevindingen samen.

5.2 Bevindingen van projecten van het type Probleemverkenning - synthese

Elf projecten onderzochten geen interventie, maar de problematiek zelf. Elf projecten zijn als 'probleemverkenkend' oftewel inventariserend getypeerd. Drie van die projecten integreren gegevens van meerdere andere studies en zijn als 'meta-onderzoek' getypeerd. We vatten

de bevindingen van deze projecten samen per 'uitkomstgebied'. De aantallen tellen niet op tot elf, omdat sommige projecten bij meer uitkomstgebieden ingedeeld zijn.

Vier projecten onderzochten indicatoren zoals zorgbehoeften en kwaliteit van leven: de monitor langdurende zorg (voorheen: vermaatschappelijking) van het Trimbos-instituut (304, 412), een inventariserende studie naar zelfstandig wonende mensen met psychiatrische problematiek of verstandelijke beperkingen (507) en een inventarisatie van de mate van vermaatschappelijking van "de chronische patiënt in de grote stad", hier verder het Amsterdamse vermaatschappelijkingsonderzoek genoemd (511).

De kernbevindingen van deze vier projecten zijn:

- De respondenten ervaren vaak onvervulde zorg- of begeleidingsbehoeften over het algemeen; opvallend vaak betreft het gebieden die te maken hebben met rehabilitatie en integratie. Volgens een landelijke meta-analyse van vier zorgmonitoren over ruim 3000 personen hebben cliënten, afgaand op hun eigen oordeel of perspectief, met name onvervulde zorgbehoeften op de terreinen gezelschap, zingeving/herstel, activiteiten overdag, betaald werk en intieme relaties (willekeurige volgorde). Op deze terreinen ervaart minstens 35% van de cliënten een onvervulde zorgbehoefte (304). Gedeeltelijk bevestigt e.e.a. de inzichten van een literatuuroverzicht uit de beginjaren 2000, waarin ook de gebieden gerelateerd aan sociale contacten en dagbesteding naar voren kwamen als terreinen waarop het meest veelvuldig onvervulde behoeften gesignaleerd werden (412). Ook de nog lopende cohortstudie naar het maatschappelijk steunsysteem (MSS) in de stad Utrecht bevestigt de bevinding dat onder andere op gebieden dagbesteding en sociale contacten de meeste onvervulde behoeften worden gesignaleerd.³
- Regionale onderzoeken tonen naast verschillen ook overeenkomsten met het bovenstaande landelijke beeld. Een overeenkomst tussen het Amsterdamse vermaatschappelijkingsonderzoek en de landelijke monitor is dat zowel cliënten als hulpverleners veel onvervulde wensen signaleren op het gebied van sociale contacten (511).
- Mensen met ernstige en langdurige stoornissen ervaren in het algemeen een lagere kwaliteit van leven dan de rest van de bevolking. Dit geldt voornamelijk op psychologisch en financieel gebied. Deze mensen zijn ook relatief vaak ontevreden over de kwaliteit van hun sociale netwerk (412).

Wonen

Vier studies geven inzicht in de woon- of leefsituatie van mensen uit de doelgroep: een landelijke empirische deelstudie en een literatuurstudie binnen de monitor langdurende zorg (411, 412), een voorstudie onder 34 personen met psychiatrische problematiek en een nog lopende vervolgenquête op die studie onder 173 mensen met psychiatrische problemen, met het doel om inzicht te krijgen in de mate waarin zelfstandig wonen ook maatschappelijke participatie en 'geluk' met zich meebrengt (506, 507). De kernbevindingen zijn:

- Ruim de helft van de GGZ-cliënten uit de doelgroep woont alleen (412). Een landelijke empirische studie onder ruim 2000 cliënten in de ambulante GGZ en RIBW's tussen de 18 en 65 jaar bevestigt dat gegeven. Een kleine groep is dak- of thuisloos; 1% verblijft in een instelling voor maatschappelijke opvang en 2% is zwervend. Daarnaast verblijft 3% in een (sociaal) pension (411).

³ Deze studie is niet als probleemverkenner getypeerd omdat deze vooral een *evaluatie* van het Utrechtse MSS is, maar biedt een goede steekproef van 229 GGZ-cliënten over de meest voorkomende GGZ-voorzieningen

- Uit de studies naar wonen en participatie blijkt dat het hebben van een eigen ruimte en de mogelijkheid zelf te bepalen wat te doen en wie te ontvangen, bepalend zijn voor de ervaren kwaliteit van leven (506, 507).
- Daarnaast bevestigen deze studies het inzicht dat een zelfstandige, meer autonome woonsituatie, vergeleken met een verblijf in een psychiatrische instelling, zeker niet 'vanzelf' de verdere maatschappelijke participatie verhoogt.
- Er is geen recent omvattend overzicht van de woon- en leefsituatie van de doelgroep, met kernindicatoren als de mate van zelfstandigheid en autonomie in het woonfunctioneren. De literatuurstudie blikt terug op onderzoek van 2000 en eerder.

Arbeid

Gegevens over arbeidsintegratie (betaald werk of vrijwilligerswerk) bieden vijf studies.

- Het percentage mensen uit de doelgroep dat betaald werk heeft ligt zeer veel lager dan het percentage werkenden in de hele bevolking. Schattingen van het percentage mensen met betaald werk (regulier werk en gesubsidieerd werk samen genomen) bedragen maximaal 17% (411, 412). De empirische landelijke studie onder cliënten van ambulante GGZ en beschermende woonvormen leert dat ongeveer de helft van deze cliënten enige arbeidsmatige bezigheden heeft (betaald of onbetaald werk, opleiding of alternatieve arbeidsmatige bezigheden). Nagenoeg de helft heeft geen enkele arbeidsmatige bezigheid (411).
- De eerder genoemde, nog lopende studie naar wonen en participatie lijkt dit beeld te bevestigen (m.n. 507).
- Twee deelstudies naar factoren die samenhangen met arbeidsparticipatie (502, 503) leren dat de volgende persoonskenmerken positief samenhangen met het vinden van betaalde arbeid na deelname aan arbeidsrehabilitatie: beter arbeidsfunctioneren als gemeten in het begin van een arbeidsrehabilitatieprogramma, hogere arbeidsgerelateerde self-efficacy (dat betreft de mate waarin een gunstige arbeidsuitkomst door de persoon zelf als haalbaar waargenomen wordt); het sociale functioneren op andere levensgebieden (met name het hebben van een partner), minder ernstige psychiatrische symptomen, beter inzicht in het eigen arbeidsfunctioneren, gevoelde behoefte aan verandering op arbeidsgebied.
- Er is geen recent omvattend overzicht van de werksituatie van de doelgroep, met kernindicatoren als aantal uren regulier betaald werk per week en aantal uren werk (betaald of onbetaald) per week.

Sociale relaties

Hiervoor meldden we al dat meer of betere sociale contacten hoog op het verlanglijstje van mensen uit de doelgroep staan. Enkele kernbevindingen uit geïnccludeerde studies over de meer 'feitelijke' kenmerken van sociale netwerken van onderhavige mensen zijn:

- De literatuurstudie van de monitor langdurende zorg rapporteert o.a. dat mensen met langdurende psychiatrische problematiek beduidend minder vaak een (vaste) levenspartner hebben en een kleiner sociaal netwerk kennen dan anderen. (412) Dit beeld wordt bevestigd in recente regionale studies als het Amsterdamse vermaatschappelijkingsonderzoek (511).
- De omvang en feitelijke kenmerken van het netwerk zijn wat beter onderzocht dan de kwaliteit ervan. Het Amsterdamse vermaatschappelijkingsonderzoek bracht ook ervaren sociale steun in kaart en rapporteert onder andere dat 40% van de ruim 300 onderzochte cliënten bijna nooit tot soms sociale steun ervaart. Niet helder is hier overigens hoe respondenten ingedeeld zijn en hoe de score tot stand kwam.

Stigma

Drie inventariserende studies rapporteren gegevens over stigmatisering en discriminatie. In dit rapport wordt gefocust op ervaren stigma en discriminatie.

- Veruit de meeste respondenten hebben duidelijk het idee dat ze gestigmatiseerd worden door hun sociale omgeving (alle drie de studies). Zo vond het Amsterdamse vermaatschappelijkingsonderzoek dat ongeveer driekwart van de ruim 300 respondenten zich wel eens gediscrimineerd voelt (511).
- Volgens een Nederlandse deelstudie binnen de grotere Europese studie INDIGO wordt opvallend vaak stigmatisering ervaren in de relatie met familie, vrienden, burens. In Nederland hadden de 50 geïnterviewde mensen minder vaak negatieve ervaringen met discriminatie dan in Europa (N=732). De Nederlandse respondenten meldden beduidend vaker een 'geanticiperde discriminatie', d.w.z. vermijdend gedrag vanwege de angst voor discriminatie. Voor ongeveer driekwart van de onderzochten was dit een barrière om werk te zoeken, een opleiding te gaan volgen of relaties aan te gaan.
- Ook Van 't Veer vond veel 'geanticiperde discriminatie' onder een groep van 205 chronisch psychiatrische patiënten in de regio Twente (514). Een groot deel van degenen die verwachten gestigmatiseerd te worden, geven tevens aan dat deze stigmatisering ook een duidelijke emotionele impact op hen heeft. De meeste patiënten zijn geneigd de stigmatisering te verklaren vanuit externe factoren zoals onwetendheid en vooringenomenheid in de sociale omgeving.

Overige gebieden

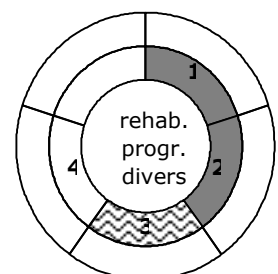
Gegevens over andere gebieden, zoals leren en dagbesteding, zijn grotendeels beperkt tot de literatuurstudie voor de monitor langdurende zorg (412). Daarin werd al gerapporteerd dat over de opleidingssituatie weinig tot geen landelijk of regionaal overzicht beschikbaar is. De studie leerde over dagbesteding in het algemeen dat een kwart tot de helft buiten arbeid geen andere gestructureerde bezigheden heeft zoals bezigheden bij een dagactiviteitencentrum of het huishouden doen - mede voor anderen.

5.3 Bevindingen over interventies primair gericht op rehabilitatieterreinen

Rehabilitatie gericht op meer levensterreinen

Acht projecten betreffen interventies of programma's die gericht zijn op meer dan één levensterrein. Deze projecten zijn verder onderverdeeld in rehabilitatieprogramma's en individuele rehabilitatiemethoden.

Rehabilitatieprogramma's. Vier projecten evalueren de werking van kleinere en grotere programma's om mensen met ernstige psychiatrische problematiek te helpen te integreren in de maatschappij. De enige longitudinale studie is die naar de effecten van het maatschappelijk steunsysteem (MSS) in de stad Utrecht (419, lopend). Met dwarsdoorsnede onderzoek zijn geëvalueerd: De Zonnewijzer, zorg- en rehabilitatieprogramma voor jonge mensen met schizofrenie (62), Windroos toekomstproject (501) en zogeheten 'ongebonden schilvoorzieningen' (505).

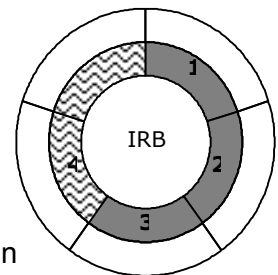


Voor de vier geïnccludeerde rehabilitatieprogramma's waarin op meer levensgebieden gericht wordt, is nog weinig bewijskracht.

- De evaluatiestudies wijzen op gunstige resultaten voor de cliënten. Onhelder is of deze resultaten mede het gevolg zijn van deelname aan de programma's. De evaluaties zijn gebaseerd op dwarsdoorsnede-onderzoek, met bovendien kleine aantallen respondenten.
- De kwalitatieve resultaten rechtvaardigen wel diepgravender onderzoek.
- De evaluatie van het MSS Utrecht is het enige project waarbij longitudinaal gegevens over de maatschappelijke situatie van cliënten in kaart gebracht worden. Dit project loopt nog - er zijn nog geen voorlopige bevindingen over de follow-up meting te melden.

Kennisniveau met betrekking tot de werking van dergelijke programma's is al met al nog beperkt tot een eerste invulling van fase 3 (er is geen longitudinaal onderzoek afgerond, er is geen vergelijkend onderzoek gedaan). Vooruitgang in kennis op korte termijn is vooral op het gebied van de werking van maatschappelijke steunsystemen te verwachten.

Individuele rehabilitatie. Er zijn verschillende methodieken of modellen om psychiatrische rehabilitatie op individueel niveau aan te bieden. Het best onderzocht in Nederland is de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB, beschreven in bijlage 2). Er is een multi-site RCT uitgevoerd, die uit twee studies bestaat (45 en 96), de een met een follow-up meting één jaar na de start van de begeleiding, waarbij de IRB vergeleken werd met andere of gebruikelijke begeleiding bij persoonlijke doelen. De tweede studie voegt een vervolgmeting toe aan de eerste: twee jaar na start van de begeleiding.



Deze RCT is weer een vervolg op longitudinaal evaluatie-onderzoek (in combinatie met de ontwikkeling van en implementatieonderzoek naar de IRB). Eén project werd geïncludeerd (500). Het andere, waarin overigens zeer vergelijkbare bevindingen werden gedaan is van vóór 2000 (Van Busschbach en Wiersma 1999).

De bevindingen over alle IRB-studies zijn:

- Cliënten toegewezen aan IRB-begeleiding realiseerden naar eigen oordeel vaker hun persoonlijke doelen op maatschappelijke levensdomeinen (wonen, werk, contacten, leren) dan cliënten met andere begeleiding (45 en 96).
- Cliënten toegewezen aan IRB gingen op andere ('secundaire') uitkomstmaten niet sterker vooruit dan andere cliënten (bijvoorbeeld empowerment, sociaal functioneren in het algemeen, vervulde en onvervulde zorgbehoeften, ervaren kwaliteit van leven) (45 en 96).
- Zowel cliënten toegewezen aan IRB als aan de andere begeleiding gingen erop vooruit in kwaliteit van leven en aantal onvervulde zorgbehoeften (45).
- Er is inzicht ontstaan in de factoren die samenhangen met de implementatie van IRB in de zorgpraktijk. Bevorderende factoren zijn onder andere: uitgaan van een combinatie van top down en bottom-up invoering van het programma; gefaseerde en planmatige opzet van scholing; implementatie van diverse interventies; werkbegeleiding bieden aan begeleiders (500).
- Er is ook onderzocht of de IRB op afzonderlijke doel terreinen effectief is. Voor arbeidsmatige bezigheden is inmiddels vastgesteld dat binnen de subgroep die doelen stelt op dat gebied, degenen die toegewezen werden aan IRB begeleiding vaker hun wensen op dat gebied geheel of grotendeels realiseerden dan degenen die andere begeleiding ontvingen (45 en 96).

Landelijk is de training en werkbegeleiding voor toepassing van de IRB ver ontwikkeld. De stichting Rehabilitatie '92 exploiteert opleidingen in de IRB-methodiek. Praktisch gezien is dus voor de IRB kennisniveau 5 bereikt. Er is echter geen systematische studie gedaan naar

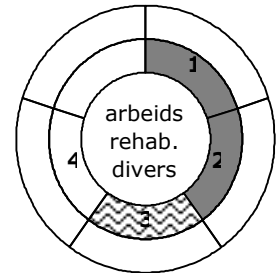
het optimale benodigde implementatieproces, noch voor toepassing in de GGZ in het algemeen, noch voor toepassing van IRB in specifieke programma 's of modellen zoals de toepassing in ACT.

Arbeid

Acht projecten hebben arbeidsrehabilitatie als primair onderwerp, in alle gevallen interventiestudies.

We vonden vijf effectstudies (waarvan één nog lopend) naar uiteenlopende arbeidsrehabilitatieprojecten die zich richten op verbetering van de arbeidssituatie van deelnemers in brede zin, dat wil zeggen dat doelen kunnen zijn: regulier betaald werk, gesubsidieerd werk, vrijwilligerswerk, of 'arbeidsmatige' bezigheden vinden of een opleiding volgen. De kernbevindingen van de vier afgeronde projecten zijn:

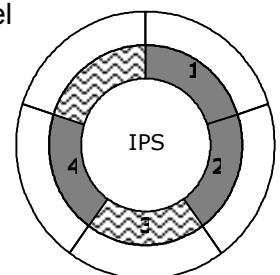
- Een evaluatiestudie (gedeeltelijk longitudinaal; gedeeltelijk dwarsdoorsnede - retrospectief) naar op de IRB gebaseerde trajectbegeleiding naar betaald werk geeft enige aanwijzing dat deze effectief is voor het vinden en behouden van betaald werk (287).
- Een dwarsdoorsnede evaluatiestudie naar gefaseerde arbeidstoeleiding voor mensen met een verslavingsachtergrond geeft enige aanwijzing dat deze effectief is in het vinden van betaald werk (309).
- Een dwarsdoorsnede evaluatiestudie naar begeleid werken volgens de *Supported Employment* methodiek geeft enige aanwijzing dat deze effectief is (515).
- Een dwarsdoorsnede evaluatiestudie naar therapeutische werkgemeenschappen geeft enige aanwijzing dat deze bijdragen aan het kweken of herwinnen van zelfvertrouwen en het vinden van arbeid (betaald dan wel onbetaald) of opleiding (410).



Er loopt een vergelijkende longitudinale studie naar de werking van zorgboerderijen waarin gekeken wordt naar eventuele effecten op werk en dagbesteding voor mensen met een psychiatrische achtergrond en mensen met een verslavingsachtergrond (lopend; 414). Dit is de enige studie die wij vonden die beide groepen met elkaar vergelijkt.

Drie projecten bieden inzicht in de implementatie en het effect van het model Individuele Plaatsing en Steun (IPS) voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek. Dit zijn tevens de studies die zich uitsluitend op *reguliere* (geen gesubsidieerde) betaalde arbeid richten. IPS is beschreven in bijlage 2. De voornaamste bevindingen uit deze 3 projecten zijn dat:

- IPS op Europees niveau effectief helpt bij het vinden van regulier betaald werk (422; Burns et al 2007).
- IPS kan ook in Nederland worden geïmplementeerd, mits aan specifieke voorwaarden voldaan wordt, zoals voldoende uren voor projectleiding en coördinatie, gerichte training van trajectbegeleiders en faciliterende wet- en regelgeving inzake arbeidsreïntegratie (013).



Het derde project is een lopende multisite RCT, waarin IPS vergeleken wordt met gebruikelijke arbeidsbegeleiding in vier Nederlandse regio's (300). Ruim 150 respondenten zijn ingestroomd. Zij worden achttien maanden gevolgd. Rationale achter dit project is dat de bevindingen uit de Europese trial en de vele overtuigende trials uit de Verenigde Staten, op grond waarvan aldaar IPS onmiskenbaar als *evidence based* benadering te boek staat, niet zomaar naar Nederland kunnen worden generaliseerd.

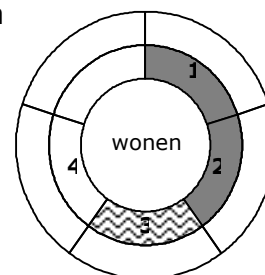
De kenniscyclus inzake arbeidsgerichte interventies, is in Nederland nog pas gedeeltelijk gevuld. Voor IPS is de meeste bewijskracht. Bij IPS ontbreekt het nog vooral aan trials en een landelijk implementatieproject. Onderweg is de genoemde eerste volledig Nederlandse trial (300), en een tweede trial die in het verlengde daarvan ligt door een extra meetmoment na 30 maanden toe te voegen. Daarnaast heeft het Kenniscentrum Rehabilitatie een aanbod van IPS-training en -implementatieondersteuning ontwikkeld voor instellingen die IPS willen gaan aanbieden. Met de invulling van fase 5 is dus in Nederland ook een begin gemaakt.

Wonen

Zes projecten evalueren zorg- en begeleidingsprogramma's die bedoeld zijn om cliënten te helpen zelfstandig(er) te wonen in de samenleving.

De kennis is hier moeilijk samen te vatten omdat het om zeer uiteenlopende projecten gaat. De kernbevindingen zijn:

- Een grotere mate van normalisatie van het woonmilieu hangt samen met gunstiger sociale participatie, leert een longitudinale vergelijkende studie binnen drie settings in een psychiatrische instelling (404).
- Er zijn aanwijzingen dat een omvattend zorg- en rehabilitatieprogramma bijdraagt aan de transitie van een beschermde, meer klinische setting naar meer zelfstandig wonen in de samenleving, blijkt uit twee longitudinale evaluatiestudies (301, 307).
- Er zijn weinig aanwijzingen dat Supported Living voor ouderen met psychiatrische beperkingen bijdraagt aan een meer in de maatschappij geïntegreerd leven of aan een verbetering van de kwaliteit van leven (400).
- Wel zijn er aanwijzingen dat Supported living bijdraagt aan een onafhankelijker leven en meer zeggenschap over het eigen leven (400).
- Er zijn aanwijzingen dat een 24-uurswoonvoorziening voor mensen met ernstige verslavingsproblematiek bijdraagt aan een stabielere woon- en leefsituatie, dat wil zeggen minder terugval in problematiek dan gebruikelijk. Er zijn geen aanwijzingen dat een dergelijke woonvoorziening ook bijdraagt aan verbetering van de maatschappelijke participatie (longitudinale evaluatie 105).



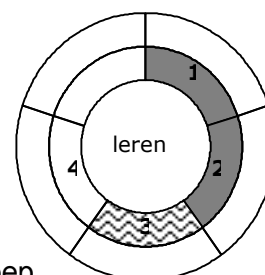
Behalve deze vijf includeerden we een lopende longitudinale studie naar de maatschappelijke participatie van bewoners van beschermende woonvormen (UTOPIA, 406).

De projecten in het thema 'wonen' hebben gemeen dat geen RCT gedaan is. Kennisniveau is beperkt tot een deel van fase 3 (evaluatieonderzoek). Er zijn geen gerandomiseerde trials gedaan of interventies die meermalen onderzocht zijn.

Begeleid leren

Twee projecten richtten zich specifiek op de ondersteuning van mensen uit de doelgroep bij het vinden en volgen van een (reguliere) opleiding.

- Een kleinschalige longitudinale evaluatiestudie (418) van Korevaar leerde dat tweederde van de cursisten van een begeleid leren cursus ("Impuls cursus") de cursus afmaakte; dat het zelfvertrouwen bij deelnemers en hun ervaren kwaliteit van leven toenamen; en dat volgens deelnemers de begeleiding eraan bijgedragen had dat zij hun opleiding konden vervolgen.
- Het tweede project is een klein project (n= 10) waarin een lotgenotengroep



voor studenten ontwikkeld werd die door de deelnemers gewaardeerd werd (513).

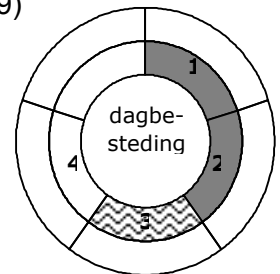
Het al bij algemene rehabilitatieprogramma's besproken "De Windroos" is bedoeld voor jongeren en mede gericht op het vergroten van hun opleidingsmogelijkheden (501). Er zijn enige kwalitatieve aanwijzingen dat voorwaarden hiertoe gerealiseerd werden, maar er is geen longitudinale evaluatie beschikbaar. Ook het programma Zonnwijzer is mede op het vergroten van opleidingsmogelijkheden gericht, maar dat aspect werd niet helder apart geëvalueerd (62).

Kennisniveau op het gebied van begeleid leren is beperkt tot een eerste invulling van fase 3 (evaluatie-onderzoek). Er zijn geen interventies die meermalen onderzocht zijn. Zoals ook geldt voor wonen, is er geen gerandomiseerde studie of een studie die een vergelijking maakt met ander aanbod of gematchte groep.

Dagbesteding

Twee projecten waren gericht op dagbesteding, oftewel dagelijkse bezigheden in brede zin. Een longitudinale studie onder 329 bezoekers van dagactiviteitencentra (409) leerde onder andere:

- Het DAC neemt een belangrijke plaats in, in het leven van bezoekers, en fungeert vooral als ontmoetingsplek en plaats waar men iets te doen heeft.
- Het DAC is in mindere mate voor deelnemers een 'springplank' naar bezigheden en werk in de omringende samenleving (terwijl velen het DAC wel als zodanig wensten te gebruiken).



Het tweede project evalueerde door middel van participerende observatie een model voor begeleid op vakantie gaan (403). De vakantie was volgens deelnemers ondermeer goed voor hun herstel en bood mogelijkheden voor (nieuwe) sociale contacten.

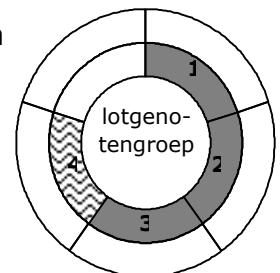
Het lijkt duidelijk dat DAC's en andere dagbestedingsinitiatieven bij veel mensen met ernstige psychiatrische problematiek in een behoefte voorzien. Maar het is nog grotendeels onduidelijk uit welke elementen een goed aanbod bestaat, passend bij hun behoeften aan specifieke dagbesteding. Er is bijvoorbeeld nog geen enkele vergelijkende studie in Nederland gedaan, ook niet in de periode voor 2000.

Het kennisniveau inzake dagbesteding is een begin van invulling van fase 3 (evaluatieonderzoek). Er zijn geen interventies die meermalen onderzocht zijn.

Sociale contacten inclusief lotgenotencontacten

Drie onderzochte interventies beoogden de sociale relaties van cliënten en contacten met lotgenoten onderling te verbeteren. Een multisite RCT waarin 56 deelnemers aan lotgenotengroepen (zie bijlage 2) vergeleken werden met wachtenden, kende de volgende bevindingen (Castelein e.a. 2006; project 123):

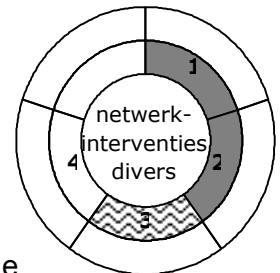
- De deelnemers aan de lotgenotengroepen verschilden niet van de anderen in verreweg de meeste uitkomstmaten (behalve een gunstig effect op een specifieke soort ervaren steun: 'waarderingssteun').
- De deelnemers aan de lotgenotengroepen die meer dan de helft van de bijeenkomsten daadwerkelijk bijwoonden, bleken wel duidelijk te verschillen van niet-deelnemers: zij gingen vooruit in 'ervaren sociale steun', kwaliteit van leven en empowerment (bovendien was er een gunstiger beloop van symptomen).



- Er is een “Draaiboek” ontwikkeld met richtlijnen en handvatten voor de implementatie van lotgenotengroepen.

Er is dus momenteel enig bewijs voor de effectiviteit van lotgenotengroepen volgens de door betrokkenen ontwikkelde methode. Echter een kanttekening is dat effectiviteit vooralsnog alleen blijkt uit analyses beperkt tot ‘completers’. Nadeel van dergelijke analyses is mogelijke selectiebias en de mogelijkheid dat motivatie de eigenlijke verklarende factor voor het verschil tussen de twee onderzochte groepen is.

Behalve deze RCT werd een evaluatiestudie geïncorporeerd naar het project ‘vergezellen’ (508). Dit is een maatjesproject voor oudere mensen met ernstige psychiatrische problematiek, waarbij de rol van maatje wordt ingevuld door een professional. De studie diende vooral om het project te beschrijven.



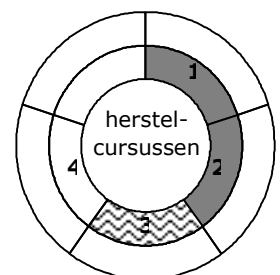
Een longitudinale studie van Onrust en Smit (2005), die niet geïncorporeerd is omdat niet duidelijk is of de onderzochte groep aan de criteria voldoet, leerde dat de meeste deelnemers aan maatjesprojecten zich inderdaad minder eenzaam voelen na verloop van tijd, mogelijk dankzij het maatjescontact. Ook als we deze studie meewegen is er geen vergelijkend of gecontroleerd onderzoek gedaan naar interventies die tot doel hebben de sociale netwerken van mensen uit de doelgroep te verbeteren.

Het derde project (510) betreft eigenlijk een aparte categorie van sociaal functioneren, en wel het rolfunctioneren, verder beperkt tot de rol van ouder. Het projectdoel was de ontwikkeling van een methodiek om ouders met psychiatrische beperkingen te ondersteunen in het uitoefenen van hun ouderrol. Ook bij dit project was de IRB het uitgangspunt. De behoefte aan ondersteuning is bij 47 mensen in kaart gebracht en er zijn drie werkboeken voor cliënten geschreven.

Kennisniveau is hier beperkt tot fase 3 (evaluatieonderzoek). Er zijn geen interventies die meermalen onderzocht zijn.

Herstel

In de afgelopen jaren zijn diverse herstelcursussen en -programma's ontwikkeld. Twee varianten van herstelcursussen (cursussen door en voor cliënten met het voornaamste doel om het herstel volgens cliëntperspectief te bevorderen) worden momenteel met RCT's onderzocht. Het betreft de cursus herstellen doe je zelf en een herstelgerichte cursus ontwikkeld vanuit het HEE-programma (HEE = Herstel Empowerment en Ervaringsdeskundigheid). Binnen enkele jaren zal dus het kennisniveau van fase 2 toenemen naar fase 3. We tekenen hierbij aan dat de geïncorporeerde projecten het begrip 'herstel' voornamelijk psychologisch gedefinieerd hebben. Eventuele uitkomsten inzake feitelijke maatschappelijke integratie worden summier onderzocht.

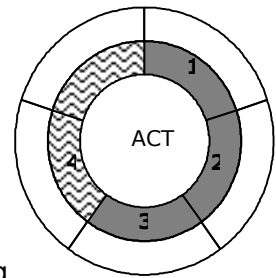


5.4 Bevindingen over interventies waarin rehabilitatie en herstel onderdelen zijn

Assertive Community Treatment (ACT)

Drie projecten onderzochten ACT, waarin zorg, behandeling en rehabilitatie verenigd zijn in een multidisciplinair team, met binnen rehabilitatie aandacht voor bijvoorbeeld wonen, werk,

en dagbesteding (verder beschreven in bijlage 2). In Nederland is een RCT uitgevoerd naar de effecten van ACT vergeleken met 'care as usual' (44). Daarnaast lopen twee studies. Eén is een longitudinale landelijke studie naar de effecten van modeltrouw aan ACT op de uitkomsten, waarbij ACT vergeleken wordt met FACT, ofwel Functie ACT (152). FACT is een variant op ACT waarin het team ACT biedt speciaal voor dat deel van de cliënten dat voor ACT geïndiceerd is. Daarnaast helpt hetzelfde team cliënten die minder intensieve zorg nodig hebben (Kroon en Mulder 2005).



De andere lopende studie is een quasi-experimentele studie naar de effectiviteit van ACT voor jongeren met een eerste psychose (424).

De voornaamste bevindingen van de afgeronde RCT zijn:

- ACT slaagt er beter in dan standaard zorg om cliënten in zorg te houden.
- Er is geen verschil tussen ACT en standaardzorg in opnamefrequentie en -duur.
- Act en standaardzorg verschillen in geen enkel opzicht wat betreft secundaire maten zoals het sociaal functioneren.

Het kennisniveau met betrekking tot de werking van ACT ligt in Nederland op fase 3 (effectonderzoek), over een jaar is meer implementatiekennis en inzicht in werkzame elementen beschikbaar (fase 4). Landelijk zijn de afgelopen jaren ontwikkelingen gaande om de landelijke implementatie van ACT en de FACT-variant te ondersteunen (zoals het platform ACT van het Trimbos-instituut; Het CCAF (Centrum Certificering ACT en FACT), dat beoogt in de Nederlandse praktijk de uitvoering van (F)ACT te regelen. Dus ook fase 5 kent enige invulling in Nederland.

Zorgprogramma's

Vier andere projecten betreffen de evaluatie en implementatie van zorgprogramma's waarin de complete zorg, behandeling en begeleiding voor een omschreven cliëntgroep centraal staat. Maatschappelijke integratie en handhaven in de samenleving staan hier (veel) minder voorop dan bij ACT.

Het enige landelijke implementatieproject dat we aantreffen onder alle projecten betreft 'Doorbraak schizofrenie', een longitudinaal project voor de systematische en begeleide toepassing van de landelijke richtlijnen inzake schizofreniezorg volgens de Doorbraakmethode (407). Voornaamste bevindingen:

- Interventies werden over het algemeen beter en vaker volgens de richtlijnen toegepast.
- Effecten werden vooral zichtbaar in de afname van de ernst van symptomen. 41% van de cliënten ging vooruit in de score op de HoNOS-items gericht op het sociaal functioneren.
- Kanttekening is dat meer 'objectieve' indicatoren voor maatschappelijke integratie niet systematisch onderzocht zijn.

De overige drie projecten waren dwarsdoorsnede studies van verschillende zorgprogramma's (408, 413, 504).

- Een studie naar MFE Emmen maakt onder andere onderscheid tussen intensiteit van zorg en de ernst van de problematiek van cliënten en beschrijft hoe aanbod op behoefte wordt afgestemd (408).
- Een studie gaat na in hoeverre naar het oordeel van 25 cliënten de zorg aansluit bij hun behoeften en perspectief op herstel. Een groot deel was tevreden over diverse aspecten. Onvervulde behoeften lagen bijvoorbeeld op het vlak van bejegening, zo wensten cliënten meer ruimte voor eigen initiatieven (413).

- De derde studie vergeleek de kenmerken en behoeftenpatronen van cliënten van vier programma's: een Extramuraliseringsproject (EMP; een ambulant alternatief voor langverblijfpatiënten), een Dagactiviteitencentrum (DAC), het Sociaal Psychiatrisch Revalidatieprogramma en Kortdurende Intensieve Thuiszorg. Men vond verschillende behoeftepatronen. Over de programma's heen verminderde het aantal onvervulde zorgbehoeften. Voor het EMP en DAC afzonderlijk werden zulke veranderingen niet waargenomen (504).

Diagnostiek en assessment

Vier projecten betreffen de ontwikkeling en evaluatie van assessmentinstrumenten. Twee daarvan gaan over de ontwikkeling van een meetinstrument om kenmerken, waaronder sociaal functioneren, te meten bij mensen met verslavingsproblematiek (*MATE*; 196 en 248).

De ontwikkelde lijst is klaar voor (het testen van) het gebruik in de praktijk.

Een derde project, E-Tail genaamd, is een longitudinaal onderzoek naar de effectiviteit van de zorgmonitor Maastricht (68), een systeem van doorlopende gegevensverzameling over onder andere zorgbehoeften en kwaliteit van leven. Dit project loopt nog. Een eerste publicatie leert dat de monitor in staat is om veranderingen in vervulde en onvervulde zorgbehoeften te signaleren. Dat lukte met name op specifieke behoeftegebieden als zelfzorg en andere gebieden die te maken hebben met zelfredzaamheid en zelfstandig leven. De monitor signaleert vooralsnog geen veranderingen in andere gebieden die samenhangen met maatschappelijke integratie, zoals dagelijkse bezigheden (Drukker et al. 2007).

Het vierde is een afgeronde RCT naar de effectiviteit van DIALOG, een computergestuurde procedure die de dialoog tussen de cliënt en behandelende hulpverlener structureert rondom op elf domeinen (425). Na een jaar hadden cliënten die begeleid waren volgens DIALOG een hogere kwaliteit van leven en minder onvervulde zorgbehoeften. Dat effect was klein maar significant.

6 Discussie

We beginnen dit slothoofdstuk met een beschouwing van de bevindingen in het licht van internationale kennis. Daarna volgt de beantwoording van de projectvragen.

6.1 Bevindingen in een internationale context en kennislacunes

Per thema houden we de belangrijkste bevindingen tegen het licht van de internationale kennis. We doen dat compact en doen daarmee niet overal recht aan de nuances. We focussen vanwege de compactheid op de mate waarin evidentie beschikbaar is voor gesignaleerde interventies en concentreren ons daarbij op kennis vanuit RCT's en op onderzoek dat minstens prospectief en longitudinaal van opzet is.

Rehabilitatie gericht op diverse maatschappelijke uitkomsten

Hier vonden we met name een eerste bewijs voor de werkzaamheid van de Individuele RehabilitatieBenadering (IRB). Opvallend genoeg loopt Nederland met een RCT en twee systematische longitudinale studies daaraan voorafgaand, internationaal voorop. In de Verenigde Staten, de bakermat van de IRB, is geen gepubliceerde RCT verricht naar de effectiviteit van de Psychiatric Rehabilitation approach (waarvan de IRB een gelicenseerde vertaling is) op alle levensdomeinen (zie ook Rogers et al 2006a). Er zijn wel twee RCT's gedaan naar de toepassing van de IRB in programma's gericht op uitkomsten in een specifiek levensgebied. Rogers et al (2006b) verrichtten een trial naar het *choose-get-keep* model, een op de IRB gebaseerd arbeidsrehabilitatieprogramma in combinatie met *Supported Employment* elementen. Deze trial leverde geen bewijs voor de meerwaarde van IRB ten opzichte van reguliere arbeidsreintegratie met extra aandacht voor continuïteit in de overgang van de ene naar de andere instantie. (Zie verder bij arbeid als uitkomst). Ook de andere RCT is eigenlijk geen RCT naar de werking van de IRB in het algemeen, maar betreft een effectstudie naar een programma voor mensen met een combinatie van ernstige psychiatrische problematiek en dakloosheid (Shern et al 2000). IRB is daarin een belangrijk onderdeel, maar het programma omhelst ook behandeling en zorg. Ook deze studie was voornamelijk beperkt tot één groep uitkomsten, rond het leefdomein 'wonen' (en leefomstandigheden). Die RCT leerde dat deelnemers aan het op de IRB gestoelde programma minder vaak gingen zwerven en vaker in maatschappelijk geïntegreerder woonvormen gingen wonen dan de deelnemers in de vergelijkingsgroep (Shern et al 2000). Verder publiceerden Gigantesco et al (2006) over een RCT naar een door de IRB "geïnspireerde", maar niet met de IRB overeenkomende benadering (VADO), waarin overigens enig bewijs gevonden werd voor een effect op sociaal-maatschappelijk functioneren van de VADO-benadering.

Wij signaleren de volgende kennislacunes:

- De Nederlandse RCT naar de IRB vergt een replicatiestudie. Internationaal is er een tekort aan gedegen effectonderzoek naar IRB en andere benaderingen.
- Er is enige implementatiekennis voorhanden (Busschbach en Wiersma 1999; Swildens e.a. 2001). Er is echter geen landelijk systematisch implementatie-onderzoek gedaan, noch zijn systematisch richtlijnen ontwikkeld (hoewel daar wel een begin mee gemaakt is: IRB onderzoeksgroep 2007).

- Naar andere rehabilitatiemethodes, zoals Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, is nog geen gedegen effectonderzoek gedaan, voor de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen. Er loopt wel een trial naar de werkzaamheid van deze benadering voor de groep 'kwetsbare mensen' (Tranzo, Universiteit van Tilburg).
- Er is geen trial of gedegen effectonderzoek waarin de IRB vergeleken is met een andere geprotocolleerde rehabilitatiemethodiek, met op elke site dezelfde invulling voor de beide te vergelijken methodieken.
- Het is onbekend in hoeverre de IRB en andere methodieken die gericht zijn op meer levensgebieden, effect hebben op herstel en empowerment van cliënten, terwijl dat wel belangrijke doelen zijn. Er is bijvoorbeeld nauwelijks evidentie over de mate waarin rehabilitatie geleverd door professionals, zoals de IRB, en herstelgerichte benaderingen elkaar kunnen aanvullen.
- Het is de algemene intentie van de IRB om cliënten te helpen om met succes en naar tevredenheid te functioneren in zelfgekozen milieus en *met de minste mate van professionele hulp* (zie Anthony e.a., 2002). Het is echter nog grotendeels onduidelijk in hoeverre de IRB-modules de cliënt helpen om zelfstandig(er) te gaan functioneren. Zo is het niet bekend of de IRB een positieve invloed heeft op de 'doelcompetentie' van de cliënt. Met doelcompetentie bedoelen we het vermogen om in het vervolg wensen zelf, of met minder hulp, om te zetten in een haalbaar doel en dat doel op eigen kracht te realiseren.

Rehabilitatie gericht op integratie in arbeid

In Nederland is geen sterke evidentie voor een interventie gericht op het vinden van werk. Er zijn veel programma's en methodieken gericht op het verbeteren van de arbeidssituatie van mensen uit de doelgroep, maar de meeste studies betreffen programma-evaluaties zonder vergelijkingsgroep, en vele studies hebben ook geen prospectief longitudinale opzet. Een uitzondering is de nog niet gepubliceerde deelstudie binnen de gerandomiseerde effectstudie naar de Individuele RehabilitatieBenadering (zie bijvoorbeeld Michon e.a. 2008), waaruit blijkt dat cliënten die aan de IRB conditie toegewezen waren, vaker werk (betaald dan wel onbetaald) vonden dan cliënten die andere begeleiding ontvingen bij hun rehabilitatiedoelen op het gebied van dagbesteding.

IPS. Inclusief lopend onderzoek kent het IPS model (Individuele Plaatsing en Steun) het hoogste kennisniveau. Voor de effectiviteit van dit model is internationaal inmiddels in ruime mate bewijs verzameld (Cook et al 2005; Crowther et al 2004; Burns e.a., 2007). In zeker negen gepubliceerde gerandomiseerde en gecontroleerde effectstudies waarin Supported Employment (inclusief IPS) vergeleken wordt met een meer fasegewijs werkend model, vinden Supported Employment deelnemers vaker regulier werk (doorgaans 40 tot 60%) dan de vergelijkingsgroep (doorgaans lager dan 20%). IPS is als evidence-based interventie opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2005). Om na te gaan of IPS ook in Nederland effectief is, is in 2005 op vier locaties een RCT naar IPS van start gegaan, uitgevoerd door het Trimbos-instituut en het Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc), in samenwerking met het Kenniscentrum Rehabilitatie (als project 300 geïncorporeerd in deze synthese).

Overige interventies. Ook internationaal gezien is er (nog) geen sterke evidentie voor de effectiviteit van andere arbeidsrehabilitatiemodellen. Zo is het 'kiezen-verkrijgen-behouden-model' gestoeld op de IRB methodiek internationaal nog nauwelijks op effectiviteit getest. De enige gecontroleerde effectstudie naar de effectiviteit hiervan, is de al genoemde (Rogers et al 2006), en die leerde dat dit model niet effectiever is dan de vergelijkingsconditie.

Daarnaast onderzochten Bond et al (2007) de zogeheten Diversified Placement Approach (DPA), waarin eerst aan 'rijpheid' voor het stellen van een rehabilitatiedoel gewerkt wordt en waarin meerdere vormen van arbeidsreïntegratie in een programma ondergebracht zijn. Ook hier bleek IPS bij veel meer deelnemers tot *reguliere* betaalde arbeid te leiden. DPA deed echter niet onder voor IPS in het aantal deelnemers dat 'een' vorm van betaald werk vond. Verder leert een RCT van Macias et al (2006) dat de in de Verenigde Staten wijd verspreide *Club Houses* effectief kunnen zijn in de ondersteuning bij het vinden van diverse vormen van betaald werk, met name het onderdeel Transitional Employment Programs, in combinatie met het bieden van *Supported Employment*. Overigens bleek uit voornoemde studie dat ACT met *Supported Employment* nog meer (maar niet significant meer) cliënten aan betaald werk hielp: 64% tegen 47% met *Club Houses*.

Wat betreft arbeidsintegratie constateren we de volgende kennislacunes:

- IPS loopt international ver voorop in evidentie voor de mate waarin het deelnemers aan reguliere arbeid helpt. Maar het moet nog blijken hoe effectief IPS in Nederland is (de al genoemde lopende studie (300) kan hier meer over leren).
- Zowel nationaal als ook wel internationaal is nog in grote mate onduidelijk welke IPS-elementen meer of minder bijdragen aan effectiviteit. Er is internationaal de nodige *circumstantial evidence* dat dit onderdelen van IPS zijn: 1. de integratie van behandeling (en zorg) en arbeidsbegeleiding en 2. de *place-then-train* aanpak (in plaats van de meer traditionele *train-then-place* aanpak) (Bond 2004). Inzicht in de werking van deze en andere IPS-principes is echter nog zeer onvolledig.
- Er is verder vooral aangetoond dat met IPS meer mensen uit de doelgroep regulier betaald werk *vinden*. Behoud van werk op de lange termijn is nog veel minder sterk onderbouwd, hoewel twee kleinschalige lange termijn studies (10 jaar) hoopgevende resultaten tonen (oa. Salyers 2004). Zeer onlangs is bij ZonMw financiering verkregen voor een verlenging van de al genoemde lopende Nederlandse RCT (300), waardoor meer inzicht kan ontstaan in werkzaamheid van IPS op de wat langere termijn en factoren die samenhangen met baanbehoud.
- In de enige Nederlandse implementatiestudie (013), bleek dat IPS op veruit de meeste onderdelen goed geïmplementeerd kan worden volgens het door de grondleggers voorgeschreven model. Implementatie voldeed anderzijds nog niet precies aan de hoogste eisen van het model in de koplopers onder de regio's. Het blijft de vraag of met de aanbevelingen uit de eerste implementatiestudie, IPS in meer regio's en duidelijker volgens de modelvoorschriften geïmplementeerd kan worden
- Internationaal groeit het inzicht dat het IPS model aangevuld moet worden met deelinterventies, zoals motivatieversterkend interviewen, omgaan met werk, steun vanuit het sociale netwerk, cognitieve training, combinaties met begeleid leren (Van Erp en Michon 2008). Internationaal onderzoek naar de meerwaarde van dergelijke nadere in- en aanvullingen van en op IPS, is nog schaars en ontbreekt in Nederland nog volledig (terwijl mogelijk juist in Nederland zulke verrijkingen van IPS op procesniveau meer nodig zijn dan in de VS zelf om de klinkende resultaten te evenaren).
- IPS is niet 'het enige antwoord' voor iedere cliënt op elk moment in diens carrière. Veel deelnemers, ook blijkens de Amerikaanse trials, hebben meer 'plaatsingen' nodig om hun draai te vinden en een aanzienlijk deel vindt die draai niet in de geboden tijd. Voor dergelijke cliënten blijft ander aanbod met oog voor alternatieven voor regulier werk noodzakelijk. Het blijft echter een belangrijke vraag hoe voorkomen kan worden dat deelnemers onnodig lang blijven 'hangen' in die alternatieve programma's of zelfs het uitzicht op een gewone baan helemaal verliezen.

Rehabilitatie gericht op een zo normaal mogelijke woonsituatie

Historisch gezien is ondersteuning bij het streven naar een meer maatschappelijke leef- en woonsituatie van mensen uit de doelgroep een kernactiviteit in de rehabilitatie. De onderhavige kennissynthese leert dat er allerhande programma's en interventies ontwikkeld zijn, maar deze zijn nauwelijks goed op effectiviteit onderzocht. Ook internationaal gezien ontbreekt 'woonbegeleiding' in het rijtje van evidence-based interventies voor mensen met psychiatrische problematiek (Bond, 2008; zie ook Dröes, 2000).

Er zijn volgens Bond wel aspecten van huisvesting en woonbegeleiding waarvoor enig bewijsmateriaal voorhanden is. Er zijn o.a. redelijke aanwijzingen dat:

- huisvesting in de vorm van 'bewaarpsychiatrie' op de langere termijn uiterst nadelige effecten heeft op het moreel en welzijn van cliënten;
- ondersteuning bij het verwerven van veilige en betaalbare huisvesting die tegemoetkomt aan de voorkeuren van de cliënt, tot positieve uitkomsten leidt zoals , afname van dak- of thuisloosheid;
- doorlopende begeleiding en ondersteuning noodzakelijke ingrediënten zijn van ieder woonarrangement voor mensen met ernstige psychische beperkingen.

Tot slot zijn cliëntkenmerken, met name alcohol- en drugsverslaving, van grote invloed op de resultaten van woonbegeleiding en daarom belangrijk bij de besluitvorming over waar en hoe cliënten het beste gehuisvest kunnen worden.

Kennislacunes. Het ontbreekt in Nederland (en daarbuiten) nog grotendeels aan goed en voldoende krachtig effectonderzoek naar interventies en programma's die de woonsituatie van mensen uit de doelgroep beogen te verbeteren.

Rehabilitatie gericht op specifieke overige levensgebieden

Begeleid leren

Niet alleen in Nederland maar ook elders in de wereld ontbreekt het nog aan overtuigende effectstudies op dit gebied. De eerste en tot dusver laatste RCT naar begeleid leren, met gunstige resultaten inzake het beginnen aan en volhouden van de gekozen reguliere opleiding, dateert alweer uit 1998 (Collins, Bybee & Mowbray, 1998). Ook dit rehabilitatiegebied zou dus veel baat hebben bij een sterk ontwikkelde onderzoekspraktijk.

Sociale contacten

Er is een eerste goede aanwijzing voor de effectiviteit van lotgenotengroepen volgens de methode Castelijns (123). Voor andere vormen van ondersteuning via het netwerk of sociale contacten is geen bewijs. Ook elders in de wereld is er nauwelijks evidentie gevonden voor de effectiviteit van 'peer support', zo blijkt uit een review van Davidson e.a. (2006).

Dagbesteding

Volgens het onderzoek van Van Hoof en anderen (409) zijn er enige aanwijzingen dat een dagactiviteitencentrum goed werkt als ontmoetingsplaats en plek om bezigheden te hebben buitenshuis. In het licht van deze synthese is navrant dat juist de door veel deelnemers gewenste verbetering van de integratie in de wereld buiten het DAC en de GGZ niet aantoonbaar door dagactiviteitencentra verbeterd wordt.

Verder is in Nederland niet of nauwelijks eerder prospectief longitudinaal onderzoek gedaan naar de effectiviteit van specifieke interventies gericht op verbetering van de dagbesteding van mensen uit de doelgroep. Ook internationaal gesproken kent dit terrein nauwelijks een onderzoekspraktijk waar we in Nederland bij aan kunnen sluiten.

We constateren de volgende kennislacunes

- Op de terreinen van leren, sociale contacten en dagbesteding is wel allerhande aanbod ontwikkeld, maar er is nog nauwelijks goed vergelijkend, longitudinaal evaluatieonderzoek verricht. Het weinige longitudinale onderzoek is niet gerepliceerd. Er zijn geen RCT's voorhanden, met uitzondering van de lotgenotengroep door Castelein (2006).
- In Nederland ontbreekt het geheel aan gecontroleerd onderzoek naar de werking van *sociale vaardigheidstrainingen*. Volgens de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2005), zich voornamelijk baserend op Pilling e.a. (2002), is niet aangetoond dat sociale vaardigheidstraining tot verbeterde uitkomsten leidt. Volgens anderen zijn sociale vaardigheidstrainingen echter wel effectief (Kopelowicz e.a. 2006; Bellack 2004), met name op het gebied van praktische sociale vaardigheden. Pfammatter et al. (2006) concluderen op basis van meta-analyses dat sociale vaardigheidstrainingen een groot en duurzaam positief effect hebben op het verwerven van sociale vaardigheden en leiden tot stabiele verbetering in sociaal functioneren.
- Internationaal is verder cognitieve remediatie in opkomst. Dit behelst interventies gericht op het verbeteren van cognitieve vaardigheden zoals concentratievermogen en sociale cognitie. Pfammatter et al (2006) vonden op basis van meta-analyses dat cognitieve remediatie kleine tot medium effecten had op het cognitieve functioneren en vonden ook bewijs voor een generaliserend effect op het sociaal functioneren. In Nederland is deze onderzoekslijn nog niet aanwezig.

Interventies waarin rehabilitatie een onderdeel is van het zorgaanbod

Het best onderzocht is het zorgprogramma *Assertive Community Treatment*, waartoe we ons dan ook beperken in deze paragraaf. Een eerste Nederlandse RCT leerde dat ACT vooral helpt om cliënten beter in zorg te houden, en er werd geen directe aanwijzing gevonden dat ACT ook de maatschappelijke integratie ten goede komt (044, Sytma e.a., 2007).

Amerikaanse ACT-studies toonden de effectiviteit van ACT duidelijker aan. ACT resulteerde volgens die studies in minder opnamedagen, stabielere huisvesting en hogere satisfactie van cliënten en hun familie. Minder evident zijn verbeteringen op klinisch en sociaal gebied. De evidentie is vrijwel uitsluitend afkomstig uit de Verenigde Staten. In studies waarin de Engelse variant van ACT werd vergeleken met de zorg door reguliere ambulante teams, werden er geen of nagenoeg geen verschillen gevonden (Kroon en Mulder, 2005). De minder sterke Engelse en Nederlandse bevindingen inzake ACT zijn mogelijk het gevolg van de beperkte winst van ACT ten opzichte van al bestaande casemanagementteams, die enkele ACT-principes delen.

Net als bij IRB en IPS zien we verder dat in Nederland de landelijke implementatie in groeiende mate georganiseerd wordt.

We signaleren de volgende kennislacunes op dit terrein

- Evenals bij voorgaande interventies waarvoor de nodige evidentie bestaat, ontbreekt het aan replicatie van de bevindingen.
- Een nog lopende hier geïncludeerde studie gaat hopelijk meer inzicht bieden in de werkzame elementen van ACT, voor deze synthese is relevant dat ook het sociale functioneren onderzocht wordt.
- Onderzoeken in de VS en Europa hebben met elkaar gemeen dat een verbetering van de maatschappelijke integratie meer dan ACT alleen lijkt te vergen. Het kan zijn dat ACT specifiek voor wat betreft het onderdeel rehabilitatie nog onvoldoende goed onderzocht is. Kroon en Henselmans suggereren in dit verband op grond van een klein deel van de

studies dat “met meer op rehabilitatie gerichte toevoegingen ook meer functioneringswinst kan worden behaald” (Kroon & Henselmans 2000, p 48). Het ontbreekt nog aan implementatie- laat staan effectonderzoek waarin de rehabilitatiecomponent uitgelicht wordt.

- Samenhangend met het vorige punt wijzen we op de ontwikkeling om ACT te combineren met vaardigheidstrainingen. Het programma IVAST (In Vivo Amplified Skills Training) van Liberman is een combinatie van vaardigheidstraining en intensief case management op basis van ACT. In IVAST ondersteunt de casemanager de cliënt bij huiswerkopdrachten, reikt mogelijkheden aan om de getrainde vaardigheden te gebruiken en legt verbindingen met belangrijke personen in het steunsysteem van de cliënt om het gebruik van aangeleerde vaardigheden te versterken. Uit een effectstudie van Glynn e.a. (2002) blijkt dat er met IVAST betere resultaten worden geboekt dan met een gebruikelijke training. In Nederland ontbreekt het aan dergelijk onderzoek.

Herstelgerichte initiatieven

Er zijn enkele veelbelovende programma's of cursussen ontwikkeld die zich richten op herstel van deelnemers, vanuit cliëntperspectief opgezet en met een (bege)leidende rol van ervaringsdeskundigen. Experimentele studies zijn onderweg. Een kennislacune waarop we nu vast anticiperen is dat de lopende studies herstel nagenoeg uitsluitend als psychologisch begrip definiëren. Hiermee zal onbekend blijven in hoeverre er empirisch bewijs is voor de hypothese dat herstel en volwaardige maatschappelijke participatie nauw met elkaar samenhangen en dat het een nauwelijks zonder (een behoorlijke mate van) het ander kan.

6.2 Conclusies

Per projectvraag trekken we conclusies.

Vraag a: kennis over succesvolle integratie

Het overgrote deel van de bevindingen leert iets over vraag a, de vraag naar wat bijdraagt aan succesvolle maatschappelijke integratie. We sommen de meest pregnante bevindingen op.

1. In Nederland zijn vanaf 2000 enkele gedegen effectstudies gedaan naar rehabilitatie-interventies. Met name vanuit ZonMw zijn of worden RCT's of andere meer gedegen effectstudies gefinancierd.
2. Interventies die wat betreft het Nederlandse onderzoek als effectief naar voren komen zijn: de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB), Assertive Community Treatment (ACT), en lotgenotengroepen beperkt tot trouwe deelnemers.
3. Het valt tevens op dat de effecten (nog) bescheiden zijn. Zo is de door Castelein ontwikkelde lotgenotengroep alleen effectief gebleken als mensen die meer dan de helft van de bijeenkomsten bijwoonden vergeleken worden met mensen die niet aan een lotgenotengroep deelnamen. De IRB is wel effectief in de mate waarin deelnemers naar eigen oordeel hun wensen realiseren, maar een feitelijke verbetering in de maatschappelijke participatie kon nog niet goed aangetoond worden (behalve op het gebied van (on)betaald werk). ACT is wel effectief in stabilisatie van de situatie, maar er is geen evidentie inzake een directe verbetering van het maatschappelijke functioneren.
4. Deze drie interventies zijn in Nederland ieder met één trial onderzocht, er zijn geen replicatiestudies voorhanden die de effectiviteit bevestigen.
5. Het valt daarbij op dat die drie methodieken alleen effectief zijn inzake hun 'core business'. Zo helpt ACT vooral wat betreft het in zorg houden van cliënten; de IRB in het realiseren van persoonlijke doelen van cliënten volgens hun eigen maatstaf;

lotgenotengroepen in ervaren steun (hoewel de trouwe deelnemers aan de lotgenotengroepen op meer gebieden een positieve ontwikkeling doormaakten, zoals in empowerment en kwaliteit van leven). Dit sluit aan op het algemene inzicht dat specificiteit van interventies belangrijk is omdat iedere sociale rol of omgeving (zoals een werkomgeving) om specifieke vaardigheden en ondersteuning vraagt, die niet of nauwelijks over andere levensgebieden (zoals sociale relaties) generaliseren (Drake e.a., 2003)

6. Verschillende interventies of programma's komen als *mogelijk* effectief dan wel als implementeerbaar naar voren volgens longitudinale (implementatie-)onderzoeken. Het zijn met name interventies op het gebied van arbeidsintegratie en integratie inzake de woonsituatie: het Individuele Plaatsing en steunmodel (IPS), normalisatie van het woonmilieu in psychiatrische instellingen; 24-uursvoorzieningen voor mensen met een verslaving - zonder eigen woonruimte. Begeleid leren kan hieraan toegevoegd worden, met de kanttekening dat het enige longitudinale onderzoek in Nederland een relatief kleinschalige studie was.
7. Als een aantal lopende studies afgerond is, kan dit rijtje van veelbelovende interventies mogelijk uitgebreid worden tot Maatschappelijke steunsystemen, beschermende woonvormen, herstelprogramma's, *routine outcome monitors*. (Deze laatste vertegenwoordigen geen interventies als zodanig. Maar het monitoren van gegevens o.a. over sociaal functioneren, is mede bedoeld om hulpverleners in staat te stellen om cliënten effectiever te ondersteunen o.a. bij rehabilitatiedoelen.)
8. In het ene domein zijn de ontwikkelingen / kennis veel verder dan in het andere. Zo is de stand van kennis inzake arbeidsrehabilitatie zowel internationaal als nationaal op relatief hoog niveau. Kennis rond andere specifieke levensdomeinen als wonen, contacten en dagbesteding is beduidend minder, niet alleen nationaal maar ook internationaal.
9. Zowel nationaal als internationaal ontbreekt het aan gedegen effectonderzoek naar rehabilitatiemethodieken die pretenderen te begeleiden bij individuele wensen - ongeacht het leefgebied waarop de veranderwens betrekking heeft. De uitzondering daarop is het al besproken Nederlandse onderzoek naar de IRB, dat de eerste RCT is wereldwijd naar deze benadering (oftewel de Boston Psychiatric Rehabilitation Approach) voor de groep van ggz-clianten met ernstige psychiatrische problematiek, zonder restricties ten aanzien van het te kiezen leefdomein.
10. Het ontbreekt in Nederland nog volkomen aan systematisch gecontroleerd onderzoek waarbij twee of meer concurrerende geprotocolleerde modellen vergeleken worden, zoals onderzoek waarbij het de vraag is of de IRB benadering meerwaarde heeft ten opzichte van het in Nederland ook veel toegepaste 'Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen' en vice versa.
11. Iets soortgelijks zien we binnen de arbeidsrehabilitatie: alleen het Individuele Plaatsing en Steunmodel is analoog aan het in de VS beproefde model systematisch geïmplementeerd en wordt nu met een RCT op effectiviteit onderzocht. Andere benaderingen zijn nog niet met gecontroleerde effectstudies onderzocht.
12. Met epidemiologisch onderzoek naar omvang, kenmerken, behoeften, maatschappelijke participatie en herstel(mogelijkheden) van mensen met ernstige en langer durende psychiatrische problematiek is een begin gemaakt. Onderzoek naar de maatschappelijke situatie van mensen uit de doelgroep die cliënt zijn van de GGZ is op gang gekomen, maar is nog afhankelijk van deelbronnen, zoals de regionale monitoren, die niet zijn opgezet om een landelijk beeld te geven. Bovendien is over de groep van mensen die grotendeels buiten het beeld van de GGZ blijven, nog weinig bekend.
13. Gerichte bundeling van kennis (zoals vormen van kennissynthese, meta-analyse) is nog onderontwikkeld. Sinds het Trimbos-instituut in opdracht van VWS een monitor

vermaatschappelijking uitvoert, is enige kennissynthese voorhanden. Echter, dit is tot en met 2007 geen continue monitor, waardoor geen meerjarige studie plaats kon vinden. Voor monitoren van ontwikkelingen en kennissynthese is continuïteit nodig.

14. Dröes (2001) concludeert dat cliënten ook in effectonderzoeken naar rehabilitatie veelal worden beschouwd als ontvanger of consument van zorg. Vanuit een rehabilitatieparadigma zijn zij echter actieve partners in de zorg die significant bijdragen aan de effecten van hun rehabilitatieproces. Dit komt in de onderzoeksliteratuur nog weinig tot uiting. Uitzonderingen zijn uiteraard de studies naar herstelinitiatieven.
15. Dit hangt samen met het door Van Weeghel (2008) gesignaleerde gebrek aan zicht op de mate waarin rehabilitatieinterventies bijdragen aan versterking van de competentie van de betrokkene om diens eigen doelen te stellen en te realiseren.
16. Hoewel het onderwerp 'stigmatisering' duidelijk in de lift zit in de Nederlandse GGZ, kennen we hier te lande nog geen sterk ontwikkelde onderzoekslijn op dit gebied. Internationaal is er wel enige evidentie over succesvolle anti-stigmastrategieën, met name op het gebied van voorlichtingsprogramma's en programma's waarin mensen met psychiatrische problematiek en andere burgers elkaar in een positieve context ontmoeten (zie o.a. Thornicroft 2006, Van Weeghel 2005).
17. Kennis met betrekking tot rehabilitatie ontwikkelde zich in Nederland in de afgelopen decennia veel krachtiger rond de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek in het algemeen dan voor de specifieke groepen mensen met ernstige verslavingsproblematiek of mensen die te kampen hebben met zowel de ene als de andere problematiek (dubbele diagnose). Nog geen tien procent van de geïnccludeerde studies betrof mensen met een verslavingsachtergrond⁴. Twee van de vier projecten betroffen instrumentontwikkeling. Ook internationaal is nog weinig bekend over de mate waarin interventies de maatschappelijke integratie van mensen met een verslavingsachtergrond kunnen bevorderen.

Is het glas nu halfvol of halfleeg wat onze kennis inzake 'rehabilitatie-interventies' betreft? Een niet vooraf afgesproken graadmeter zou de indeling in conclusieniveaus van de richtlijn schizofrenie 2005 kunnen zijn, om de bevindingen hier op waarde te schatten. Als we dat doen, dan is de conclusie dat er nog weinig bewijskracht bestaat voor 'rehabilitatie-interventies' in Nederland. Waar de richtlijn in vier niveaus indeelt, bevindt de Nederlandse kennis van werkzame rehabilitatie zich over het algemeen hoogstens nog op niveau 3. Niveau 3 betekent: op basis van 1 onderzoek van kwaliteitsniveau A2 of B (gecontroleerd gerandomiseerd vergelijkend onderzoek), of onderzoeken van niveau C, (een brede categorie, waarbinnen de kwaliteit eigenlijk nog sterk kan verschillen). De hogere niveaus 1 en 2 worden hier op geen enkel gebied bereikt, d.w.z. de niveaus die pas toegekend worden als respectievelijk systematische reviews beschikbaar zijn van vergelijkende studies of als meer dan 1 vergelijkende studie van voldoende omvang heeft plaatsgevonden (Landelijke stuurgroep, 2005, p. 15). Zo bezien, dan is het glas minder dan halfleeg. De winst zit meer in

⁴ Met betrekking tot de verslavingszorg mist dit overzicht wellicht een enkele relevante studie. Zo kwamen wij na het inclusieproces op het spoor van het onderzoek naar de 'Community Reinforcement Approach' (CRA), een aanpak die in combinatie met belonen via 'vouchers' effectief is in het verminderen van middelengebruik, met name cocaïne-afhankelijkheid (DeFuentes-Merillas e.a. 2008). Ook bij studies naar de effectiviteit van deze aanpak zien we dat de onderzochte uitkomstmaten doorgaans en voornamelijk op het vlak van de ernst van verslaving liggen, zoals gegevens over abstinentie (Roozen, 2005). Echter, een van de onderzochte secundaire uitkomsten is bij een enkele studie de ernst van de problemen op de levensdomeinen arbeid en sociale relaties (incl. familie), gemeten met de *EuropAsi*. De gebruikte scores zijn op te vatten als indicatoren voor maatschappelijke participatie. Uit de effectstudie van DeFuentes-Merillas e.a. blijkt o.a. dat CRA geen meerwaarde had boven gangbare behandeling op de ernst van de problemen op de levensdomeinen arbeid en sociale relatie. Bij een kleine subgroep van mensen (n=12) die abtinent waren, bleek dat ook de problemen op het gebied van arbeid en sociale relaties verminderden.

de enorme wetenschappelijke vooruitgang die anderzijds wel degelijk geboekt is in de afgelopen decennia. En zo bezien is het glas een stuk beter gevuld, dan het was voor 2000.

Vraag b: implementatie-inzichten

Naar de volgende interventies is concreet toegepast en longitudinaal implementatieonderzoek verricht: IRB; IPS; lotgenotencontact en ACT (Iopend). Niet toevallig zijn dat dezelfde interventies die ook op effectiviteit onderzocht zijn.

Zetten we het aanwezige onderzoek af tegen wat nodig is volgens de kenniscyclus, dan valt op dat grootschalige implementatie nog weinig aan de orde is (geweest), laat staan systematisch longitudinaal onderzoek naar de werking ervan en factoren die implementatie bevorderen dan wel belemmeren. Ook valt op dat nog op weinig deelgebieden de hele cyclus systematisch uitgevoerd is en nog weinig volgens dat model of een vergelijkbaar idee is opgezet en uitgevoerd. Dat werkt verbrokkeling van kennis in de hand. Vooral op het gebied van wonen lijkt die verbrokkeling sterk. Positieve uitzonderingen lijken in elk geval ook hier IPS, ACT en IRB. In elk geval is hier meer en meer sprake van cumulatieve kennisopbouw.

Voor het implementeren van afzonderlijke interventies bieden enkele studies wel het nodige inzicht. Maar op elk terrein zijn de ontwikkelingen nog niet ver genoeg gevorderd om te rechtvaardigen dat we hier per interventie implementatievoorschriften en richtlijnen kunnen presenteren. Een en ander zou ook buiten de reikwijdte van dit project vallen.

Wat we wel kunnen doen is een aantal implementatie-inzichten beschrijven die naar de huidige kennis het meest effectief zijn. Het lijkt het meest zinvol om hier te vertrekken vanuit internationale kennis en een enkel uitstapje te maken naar meer nationale inzichten.

Een grootschalig en zeer relevant implementatieproject voor deze synthese is het 'Implementing Evidence-based Practices for persons with severe mental illness' (EBP) in de Verenigde Staten (zie o.a. Plooy e.a. 2008). Het project is gericht op verbeteringen in de zorg voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Doel van dit project is een model te ontwikkelen waarmee effectief gebleken praktijkvormen met succes op landelijke schaal ingevoerd kunnen worden. De hier geïncludeerde implementatiestudie inzake IPS (013) was aangehaakt aan dit omvangrijke Amerikaanse project, inclusief navolging van de daarin gehanteerde implementatieonderzoeksmethoden en nauw overleg met de betrokken onderzoekers in de Verenigde Staten (Van Erp e.a. 2005). Het EBP project begon in 2002 en loopt nog. We vatten hier enkele kenmerken en voorlopige inzichten samen die breed voor de implementatie van relevante interventies gelden - een uitvoeriger verslag is o.a. terug te vinden in Plooy e.a. (2008). Eind jaren negentig, voorafgaand aan het EBP project zoals hier beschreven, viel de keuze op zes als evidence-based aangemerkte interventies voor mensen met ernstige psychische stoornissen: gestandaardiseerde farmacologische behandeling, vaardigheden voor illness management en recovery, individual placement and support (idem IPS in het onderhavige rapport), psycho-educatie en gezinsondersteuning, assertive community treatment en geïntegreerde behandeling bij dubbele diagnose⁵.

Het EBP project en de wijze waarop de implementatie van die zes interventies gestructureerd werd, is allereerst gebaseerd op het inzicht dat louter het uitbrengen van behandelrichtlijnen geen positief effect op de zorgpraktijk heeft. Daarom zijn eerst uitgebreide scholingsmaterialen voor consultatie, training en implementatie ontwikkeld. Deze

⁵ Niet alle interventies zijn hier even uitvoerig aan de orde geweest, vanwege de inperking hier tot maatschappelijke integratie.

materialen zijn toegesneden op de behoeften van de belangrijkste *stakeholder*groepen in de GGZ: cliënten, familieleden en andere ondersteuners, GGZ-hulpverleners, teamleiders, GGZ-bestuurders, en beleidsmakers op landelijk niveau.

Bij de verdere uitwerking van de implementatiebenadering is geput uit eerder onderzoek naar pogingen om de praktijk van de gezondheidszorg te veranderen. Ook werd gebruik gemaakt van de uitkomsten van focusgroepen met *stakeholders*, en van de ervaringen van GGZ-onderzoekers die al vaker nieuwe interventies hebben geïmplementeerd.

Voorwaardelijke factoren

Uit onderzoek naar de disseminatie van nieuwe zorginterventies blijkt dat vier voorwaarden gerealiseerd moeten zijn voordat de gewenste veranderingen optreden, zowel bij individuele hulpverleners als in het hele zorgsysteem (Mueser e.a., 2003):

- Er moet kennis over de nieuwe interventie worden overgedragen;
- De impact van de interventie op de zorgpraktijk moet periodiek worden geëvalueerd;
- De benodigde hulpbronnen moeten beschikbaar zijn;
- Inspanningen moeten aangrijpen op de dynamiek van menselijke veranderingsprocessen.

Vernieuwingen in de gezondheidszorg leiden verder alleen tot gedragsverandering als niet alleen voorlichting en scholing geboden worden, maar tenminste tevens de volgende factoren gecombineerd hun werk doen:

- Een manifeste vraag van cliënten naar bepaalde zorgvormen,
- De aanwezigheid van financiële prikkels,
- Ondersteunende wet- en regelgeving en
- Feedback over veranderde patronen in de dagelijkse zorgpraktijk.

Bovendien is er een directe positieve relatie tussen de intensiteit van de inspanningen en het bereiken van gunstige resultaten.

In het EBP project zijn verder de volgende implementatieinzichten toegepast:

- Gedragsveranderingen treden pas op als de intentie om te veranderen wordt gekoppeld aan mogelijkheden om de benodigde vaardigheden te leren en aan het opheffen van omgevingsbeperkingen. Daarom is behalve voorlichting ook gebruik gemaakt van ondersteunende methoden zoals praktijkrichtlijnen en ondersteuning bij besluitvorming.
- Implementatie-inspanningen zijn effectiever als deze gericht zijn op de specifieke behoeften en belangen van de doelgroep. Focusgroepen met professionals gaven inzicht in de factoren die hen tot veranderen motiveerden, hun veranderingsstijlen en de verwachte barrières voor verandering (zie verder Van Weeghel in druk)
- De 'boodschap' van het implementatiepakket dringt beter door als deze op de maat van iedere groep ontvangers gesneden wordt. Zo zijn onderzoeksresultaten en financiële argumenten geschikt om GGZ-bestuurders te overtuigen. Hulpverleners raken vooral overtuigd door goede casusbeschrijvingen, door eigen indrukken van de nieuwe praktijk, via gesprekken met hulpverleners die de praktijk al toepassen, en door een praktijktheorie die past bij hun eigen professionele waarden en ervaringen.

Het EBP-project kent drie grote fasen: Voorbereiding (I), Gestructureerde implementatie op proeflocaties (II) en III. Nationale demonstratie. Op dit moment (begin 2008) bevindt het project zich in het analyse- en rapportagegedeelte van fase II. Op ruim 50 proeflocaties in zeven staten zijn de zes interventies geïmplementeerd. Er werd voor gekozen om per locatie maximaal twee interventies te ontwikkelen, op zich al een toepassing van een implementatie-inzicht, namelijk dat innovatie niet werkt als teveel tegelijk aangepakt wordt.

Over de resultaten van fase II zijn publicaties in voorbereiding; enkele zijn reeds verschenen. McHugo e.a. (2007) rapporteren dat 29 van de 49 proeflocaties aan het eind van fase II een hoge modelgetrouwheid hadden bereikt. Verder bleek dat sommige interventies 'modelgetrouwer' toegepast werden dan andere. De hoogste modelgetrouwheidscore kregen ACT (op 13 locaties geïmplementeerd) en IPS (op 9 locaties geïmplementeerd). Het bleek onder andere dat bij de start van de implementatie van de minder goed geïmplementeerde interventies de betrokken hulpverleners nog niet over de vereiste klinische vaardigheden beschikten.

In latere publicaties zullen de onderzoekers nader ingaan op de factoren die bevorderend dan wel belemmerend hebben gewerkt bij de implementatie van de vijf EBP's. Een voorproefje daarop gaven Moser e.a. (2004). Zij deden onderzoek in de staat Indiana naar de belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van ACT en IDDT. Na een periode van 15 maanden bleek dat de implementatie van ACT (acht locaties) veel beter was gelukt dan die van IDDT (op zes locaties). Na analyse van alle procesfactoren bleek dat verschillen in klinische complexiteit van de twee EBPs (IDDT, ofwel *Integrated Dual Disorder Treatment*, is complexer dan ACT) en de mate waarin de EBPs gespecificeerd beschreven waren (bij IDDT minder het geval dan bij ACT), de grootste invloed hadden op het implementatieresultaat. Daarnaast speelden factoren op beleidsniveau een belangrijke rol. Zo waren de beleidsmakers in Indiana veel beter voorbereid op de implementatie van ACT (waarmee al veel ervaring was opgedaan) dan op de implementatie van IDDT (waarin nog geen traditie was opgebouwd). Dit kwam pregnant tot uiting in de bevinding dat tijdens de implementatie voor ACT al een adequate financiering bestond maar voor IDDT nog niet. Op grond van deze en andere resultaten formuleren de EBP onderzoekers hypothesen voor het gehele project EBP project.

Isett e.a. (2007) gaan uitgebreid in op de belangrijke rol die beleidsverantwoordelijke organen in de afzonderlijke staten hebben gespeeld bij de implementatie van de EBP's. In de staten waar de implementatieprocessen voorspoedig waren verlopen, hadden de beleidsmakers voor drie cruciale randvoorwaarden gezorgd:

- Men had de regelgeving in overeenstemming gebracht met de vereisten van een evidence-based zorgsysteem en er waren financieringsmogelijkheden gecreëerd om de zorgaanbieders te compenseren voor de implementatiekosten;
- De beleidsmakers gaven actief leiding aan de veranderingen in het GGZ-systeem die nodig waren om de zorg op individuele behoeften van cliënten af te stemmen;
- Men bood trainingsprogramma's waarin clinici werden toegerust om de EBPs modelgetrouw te kunnen toepassen, en evalueerde de effecten daarvan.

Toepassing in Nederland. Ook de Nederlandse GGZ staat voor de opgave om interventies van bewezen waarde te implementeren voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Op dit moment zijn deze interventies nog geen gemeengoed in de reguliere zorg, zo bleek uit kwaliteitstoetsingen van de schizofreniezorg in zeven GGZ-regio's (Van Weeghel, 2006). Al enige jaren werkt het Trimbos-instituut samen met de onderzoeksgroep van het project 'Implementing Evidence-Based Practices' om na te gaan of de beschreven aanpak ook in de Nederlandse context tot de gewenste resultaten leidt. Deze samenwerking heeft tot dusver geresulteerd in de replicatie van fase II van het implementatieproject inzake SE/IPS en IDDT. Verder zijn in het lopende, landelijke onderzoek naar de resultaten van ACT-teams in Nederland elementen uit de Amerikaanse aanpak opgenomen. In zeker opzicht fungeert Nederland dus als de 'achtste staat' in het Amerikaanse project. In Nederland zijn de implementatiestudies naar SE/IPS en IDDT afgerond.

Uit de implementatiestudie naar SE/IPS blijkt dat de gekozen aanpak ook in Nederland toepasbaar is en positieve resultaten oplevert (Van Erp e.a., 2005; Giesen e.a., 2007; Van

Erp e.a., 2007). Aan het einde van dit twee jaar durende project werd vastgesteld dat de geboden ondersteuning (introductie bij stakeholders, training en consultatie op basis van het implementatiepakket, feedback van tussentijdse resultaten aan de hand van scores op de modelgetrouwheidsmaat) op twee van de vier deelnemende locaties heeft geleid tot een goede implementatie van SE/IPS. De implementatieresultaten op de andere twee locaties waren minder gunstig. Niettemin waren de betrokkenen op alle vier locaties zo positief over de mogelijkheden van SE/IPS dat zij na afloop van het project de toepassing ervan zullen continueren. Verder bood de studie veel aanknopingspunten om het implementatiepakket, inclusief het trainings- en consultatieprogramma, beter toe te snijden op de Nederlandse context.

Tot zover onze samenvatting van inzichten uit het EBP project en de daaraan aangehaakte implementatiestudie naar IPS in Nederland. Rest ons erop te wijzen dat binnen en buiten de bredere zorg voor mensen met ernstige psychische stoornissen veel inzichten opgedaan zijn met betrekking tot implementatie. We verwijzen hiervoor naar de inzichten van Grol en Wensing (2001), die 'zorgbreed' gelden, en naar de recenter in Nederland opgedane implementatie-inzichten met de doorbraak- (Van Duin en anderen (2004) en de zorgvoorbetersystematiek (www.zorgvoorbeter.nl).

Vraag c: aanbevelingen

Duidelijk is dat op vrijwel alle rehabilitatiegebieden behoefte is aan nieuwe interventies die effectief én breed beschikbaar zijn. Vaak kunnen interventies die in het buitenland ontwikkeld zijn voor de Nederlandse situatie geschikt worden gemaakt, maar op sommige deelgebieden, zoals dat van dagbesteding, zijn die niet voorhanden.

Hoe moet het nu verder met de ontwikkeling van rehabilitatie-interventies in Nederland? Wij stellen voor om aan de hand van dit rapport in komende jaren gericht en systematischer dan voorheen de benodigde kennis hierover te ontwikkelen. Die kennis is gezien dit rapport nog ontoereikend. Dat geldt voor de vraag welke interventies de maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen effectief bevorderen, maar zeker ook voor de vraag hoe we dergelijke interventies optimaal kunnen implementeren in Nederland.

Algemene aanbeveling

In elk geval is ons inziens een nieuwe, meerjarige kennisprogrammering nodig, met aandacht voor zowel nieuw effectonderzoek als systematische implementatieprojecten, uiteraard gekoppeld aan gedegen implementatie onderzoek.

Enkele ideale kenmerken van dat nieuwe kennisprogramma zijn:

- Langlopend, bijvoorbeeld tien jaar;
- Duidelijk voortbouwend op eerdere kennis en onderzoeksbevindingen;
- Weloverwogen en samenhangend met betrekking tot bijvoorbeeld de keuze voor specifieke leefdoelgebieden, doelgroepen en / of thema's;
- Effectonderzoek combinerend met kwalitatief procesonderzoek, zoals onderzoek naar de werkzame factoren van interventies en de ervaringen van betrokken personen;
- Evenwichtig wat betreft het inzetten op fundamenteel onderzoek, toegepast onderzoek en implementatie-inspanningen;

- Creatief wat betreft de methoden en technieken van effectonderzoek. Rehabilitatie-uitkomsten, zoals maatschappelijke integratie en empowerment laten zich lastig vangen in klassieke *randomised clinical trials*. Wellicht zijn ‘alternatieve’ methoden nodig en realiseerbaar. Mogelijk kan ook winst geboekt worden als onderzoek en implementatie inzake rehabilitatie aangehaakt worden bij onderzoek en implementatie van zorg en begeleiding voor dezelfde doelgroep *buiten* het terrein van de maatschappelijke integratie (zoals behandeling gericht op beheersbaarheid van de psychiatrische symptomen).

Wat volgt is een serie aanbevelingen die kunnen dienen als bouwstenen voor het bepleite programma.

We beginnen met een algemene methodische aanbeveling. Om een veelbelovende praktijk van eigen bodem op te kweken tot een effectieve en breed beschikbare interventie, moet een hele serie stappen worden gezet, van ontwikkeling tot verspreiding van effectieve interventies. Wij stellen voor daarbij het volgende fasenmodel te gebruiken, dat op het gebied van GGZ-behandeling en –preventie al vaak wordt gehanteerd. Dit ‘kenniscyclus interventies’ model kent vijf hoofdfasen.

- 1 Probleemverkenning. Deze fase bestaat uit onderzoek doen naar de aard van de problematiek. Daarnaast gaat het om het identificeren van, en het onderzoek doen naar veelbelovende innovaties in het betreffende rehabilitatieveld, zoals dagbesteding of woonbegeleiding. Deze fase bestaat ook uit het benoemen en toepassen van criteria voor het selecteren van uit te werken interventies. Belangrijke criteria zijn ondermeer: relevantie, bereik en innovatief gehalte.
- 2 Verdere ontwikkeling van de interventie en pilotfase. Onderdelen van deze fase zijn: formuleren van doelstelling en doelgroep van de interventie, probleemanalyse, literatuurreview, het maken van een concept-draaiboek en werkmaterialen, pré-test materialen, pilotuitvoering van de interventie, onderzoek naar pilotuitvoering gericht op haalbaarheid en acceptatie van de interventie, en tot slot het opstellen van een interventieprotocol
- 3 Effectonderzoek naar de interventie. Bij voorkeur is dat longitudinaal en vergelijkend onderzoek met steekproeven van voldoende omvang. Indien mogelijk wordt een RCT verricht of onderzoek met een quasi-experimentele opzet. Idealiter wordt tevens de mate van modeltrouw van de interventie onderzocht.
- 4 Implementatie(-onderzoek) op proeflocaties. In deze fase staan op de voorgrond het uitwerken en toepassen van op de interventie toegesneden implementatiestrategieën, toegespitst op diverse stakeholders. Daarnaast worden instrumenten voor modelgetrouwheid (fidelity) opgesteld en toegepast als uitkomstmaat voor implementatie. Implementatie gaat bij voorkeur ook gepaard met onderzoek naar strategieën en andere factoren die implementatie belemmeren of bevorderen.
- 5 Landelijke implementatie en disseminatie. Bij voorkeur is het eerste onderdeel hiervan de ontwikkeling en formulering van richtlijnen. Bij deze fase hoort ook onderzoek naar methoden gericht op adequate uitvoering van de interventie in de praktijk.

Dit fasenmodel biedt structuur en houvast bij interventieontwikkeling. Het kan goede diensten bewijzen op die deelgebieden van de rehabilitatie waar effectieve interventies nog ontbreken en waar ook nog weinig ervaring bestaat met het systematisch ontwikkelen en verspreiden

van dergelijke interventies. Maar ook voor interventies die de stappen al in enige mate doorlopen hebben (zoals ACT) kan bij verdere ontwikkeling dit model als raamwerk dienen⁶.

Nu volgt een serie aanbevelingen, ingedeeld volgens het fasenmodel.

Wat is nodig ten aanzien van probleemverkenning?

1. Systematische monitoring van maatschappelijke participatie op nationale schaal, op grond van heldere definities en criteria per levensgebied (wonen, betaald werk, etc.), inclusief monitoring van (onvervulde) ondersteuningsbehoeften. Mogelijk kan aangesloten worden bij de 'zorgmonitoren' (*'routine outcome monitoring'*) die in een toenemend aantal GGZ-instellingen operationeel zijn. Rehabilitatie/maatschappelijke integratie is overigens opgenomen in de basisset van prestatie-indicatoren in de GGZ, met drie deelindicatoren: zelfstandig wonen, regulier betaald werk en tevredenheid met sociale relaties. GGZ-instellingen zullen dus minimaal voor deze drie indicatoren gegevens moeten verzamelen. Wij pleiten ervoor dat met grote uniformiteit volgens een hoge standaardisatiegraad te (laten) doen.
2. Onderzoek naar predictoren/determinanten van maatschappelijke participatie (per levensgebied en over het geheel). Dergelijke vragen moeten vaker in fundamenteel epidemiologisch onderzoek worden ondergebracht. Een goed voorbeeld is de GROUP studie, de landelijke grote cohortstudie naar meer dan 1000 cliënten in Nederland en hun familieleden. Deze studie kent allerhande vragen omtrent de oorzaken en het beloop van schizofrenie. Echter, tot nu toe is geen 'add-on' studie bedacht om de maatschappelijke participatie van cliënten nader te onderzoeken, terwijl de studie daartoe uitgelezen mogelijkheden biedt of zou hebben geboden. Iets dergelijks geldt voor de bevolkingsstudie NEMESIS.
3. Bij voorgaande punten veel meer aandacht voor specifieke doelgroepen, met name mensen met ernstige verslavingsproblemen. Verder kan een begin gemaakt worden met het opvullen van een sterk gebrek aan kennis met betrekking tot de mogelijke specifieke gevoelde behoeften aan begeleiding bij subgroepen, zoals mensen met een dubbele diagnose of mensen met specifieke psychische aandoeningen zoals autisme.

Wat is nodig ten aanzien van ontwikkeling van interventies (en verdere stappen)?

4. Een substantiële inspanning om interventies te ontwikkelen en onderzoeken op de gebieden sociale relaties en dagbesteding. Dit zijn immers de twee gebieden waarop cliënten de meeste onvervulde ondersteuningsbehoeften ervaren, en waarop de minste kennisontwikkeling plaatsvindt in Nederland.
 - a. Op het gebied van sociale relaties kan aangehaakt worden bij de ontwikkeling van de IRB-module 'uitbreiden van je sociale netwerk'. Daarnaast is effect- en implementatieonderzoek nodig naar de Liberman module op dit terrein en de mogelijkheden om dergelijke, kortdurende interventies in te passen in een meer langerdurend en omvattend rehabilitatieprogramma. Daartoe is systematische interventie-ontwikkeling nodig, waarbij elementen als sociale vaardigheidstraining, doelbereiking volgens de IRB, kwartiermaken en 'supported socializing' met elkaar worden gecombineerd.
 - b. Vergelijkbare exercities zijn nodig op het gebied van dagbesteding. Op dit terrein is eerst systematische interventie-ontwikkeling nodig op grond van literatuurstudie en analyse van veelbelovende praktijken. Daarna kan verdere ontwikkeling plaatsvinden

⁶ Voor ieder onderdeel zijn methodieken en veel verder uitgewerkte stappenplannen beschikbaar, het valt buiten de scope van dit rapport om die hier verder uit te werken.

op geleide van het fasenmodel. Belangrijke vragen hier zijn hoe begeleiding bij dagbesteding optimaal het functioneren in arbeid en leren (en vrije tijd) kan beïnvloeden; en hoe dagbesteding voor deze doelgroep optimaal geïntegreerd kan worden in de samenleving.

5. Een substantiële inspanning om interventies te ontwikkelen inzake *alle* levensterreinen voor mensen met ernstige verslavingsproblemen en deze vervolgens te onderzoeken volgens het fasenmodel
6. Interventie-ontwikkeling en effectonderzoek naar herstelprogramma's waarin de maatschappelijke dimensie beter is uitgewerkt. Het nu lopende onderzoek naar de werkzaamheid van dergelijke programma's evalueert vooral de 'psychologische' uitkomstdimensie.

Wat is nodig ten aanzien van effectonderzoek (en verdere stappen in het fasenmodel)?

7. We zagen dat enkele interventies of zorgprogramma's effectief zijn bevonden en tegelijkertijd is de bewijsvoering nog 'dun'. Derhalve is replicatie-onderzoek nodig. Zijn de bevindingen eenmalig of kunnen resultaten herhaald worden: dat is een vraag die nog te zelden gesteld wordt in onderzoek en kennisontwikkeling. Replicatiestudies kunnen gecombineerd worden met vragen die nog onbeantwoord zijn, zoals
 - a. Bij IRB: de vraag of deze op de langere termijn leidt tot grotere 'doelcompetentie' bij de deelnemers (zelfstandiger doelen stellen en daar met succes aan werken).
 - b. Bij ACT: de vraag hoe op succesvolle wijze rehabilitatie-interventies aan dit model toegevoegd kunnen worden. Ook is meer gedegen vergelijking nodig van de verschillende modellen: ACT, FACT en de gesplitste ACT-variant: stabilisatieteam en rehabilitatieteam.
 - c. Bij lotgenotengroepen: de vraag of deze op langere termijn tot een concreet verbeterd netwerk of andere sociale integratie leiden
8. Gezien de overtuigende bewijzen voor effectiviteit in internationale studies is continuering van effectstudies naar IPS in Nederland gerechtvaardigd, met name naar de lange termijnresultaten.
 - a. Bovendien is verdere interventieontwikkeling nodig, blijkens internationaal onderzoek en praktijkbevindingen: goede toepassing van IPS vergt inhoudelijke ontwikkeling van extra begeleidingselementen of modules, zoals *motivational interviewing*, begeleid leren, cognitieve training, sociale steun, etc.
9. Op het gebied van wonen bestaan vele varianten van zorgprogramma's, gecombineerd met rehabilitatie-interventies. Er is dringend behoefte aan meer solide effectonderzoek, zoals RCTs, naar deze verschillende varianten van hulp bij huisvesting en woonbegeleiding.
10. Gedegen effectstudies, zoals RCT's, naar (varianten van) begeleid leren. Volgens evaluatiestudies zijn veelbelovende rehabilitatieprogramma's ontwikkeld. De effectiviteit van dergelijke programma's is echter nog onvoldoende duidelijk vastgesteld

Wat is nodig ten aanzien van experimentele en landelijke implementatie? (fasen 4 en 5)?

11. Op alle levensterreinen degelijke implementatie-inspanningen gepaard gaande met implementatieonderzoek.
 - a. Verkend moet worden of het in dit stadium zinvol is dat richtlijnen geformuleerd worden speciaal voor de rehabilitatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen en verslavingsproblemen. Gezien de stand van kennis in effectonderzoek is het te vroeg daarvoor. Mogelijk kan wel een voorlopige handreiking geschreven worden op grond van combinatie van praktijkinzichten, internationaal en nationaal onderzoek.

- b. Implementatie van beschreven en geëvalueerde modellen dient vaker en vaker systematisch opgepakt te worden, waarbij minimaal gebruik gemaakt wordt van de hier beschreven inzichten uit het EBP project in de VS.
- c. Implementatie van die handreiking gebeurt daarnaast idealiter volgens recent met succes in Nederland toegepaste implementatiemethoden als de Doorbraakmethode en de Zorgvoorbetersystematiek. Ook implementatie-inzichten uit de zorg buiten de psychiatrie, bv. zoals opgesteld door Grol en Wensing (2001) dienen uitgangspunt te zijn.

Tenslotte signaleren we een aantal algemene beperkingen in de ontwikkeling van rehabilitatie-interventies in Nederland. Wat betreft de volgende aspecten vinden wij meer ontwikkeling en onderzoek langs de lijnen van het fasenmodel zeer wenselijk:

12. In toenemende mate worden ervaringsdeskundigen ingezet bij interventies als IPS en ACT. Over de eventuele meerwaarde van hun inzet in termen van maatschappelijke participatie, is nog niets bekend. Een vergelijkbaar punt kan gemaakt worden wat betreft de inzet van familie en andere mensen uit het netwerk van betrokkene.
13. Gedegen inzicht in de bijdrage die rehabilitatiewerkers leveren aan de maatschappelijke uitkomsten, de eigen bijdrage van cliënten hieraan en de wisselwerking tussen die twee, ontbreekt nagenoeg volkomen (zie Dröes 2001).
14. In dit rapport is de focus gelegd op maatschappelijke integratie en interventies die daaraan bijdragen. In toenemende mate wordt het inzicht gedeeld dat de beste en meest effectieve zorg rehabilitatie combineert en integreert met behandeling en andere begeleiding. Nog onontgonnen is de vraag hoe die integratie het beste tot stand kan komen voor welke groepen.
15. In verband met vorig punt: er is nog nauwelijks iets bekend over de mate waarin goede behandeling, werkend volgens de beste richtlijnen, goede voorwaarden biedt voor maatschappelijke integratie. Het hier geïnccludeerde en recent afgeronde landelijke implementatieproject Doorbraak schizofrenie heeft wel het sociaal functioneren met de HoNOS onderzocht, maar dit is slechts een proxy voor het sociaal-maatschappelijk functioneren en geeft onvoldoende inzicht in de effecten van toepassing van de richtlijnen op daadwerkelijke maatschappelijke participatie. Bij volgende implementatiestappen dient hieraan meer aandacht besteed te worden.
16. Tevens in verband met punt 14 wijzen we op het gebrek aan kennis over de rol van de bredere omgeving inzake succesvolle maatschappelijke integratie. In de context onderstreepten we het belang van dit bredere perspectief. In deze synthese is voor de overzichtelijkheid en werkbaarheid sterk gefocust op de concrete maatschappelijke participatie van mensen uit de doelgroep ('*community integration*'). Maar ook als we de synthese verbreed hadden, was gebleken dat onze landelijke kennis over dit bredere perspectief beperkt is. Zo zijn er wel duidelijke aanwijzingen dat mensen met ernstige psychische aandoeningen minder goed terecht kunnen bij instellingen die maatschappelijke integratie proberen te verbeteren van mensen met een beperking in het algemeen. Hoe het precies zit met die toegankelijkheid, voor alle maatschappelijke gebieden (wonen, werk, leren, sociale contacten), is echter niet bekend; laat staan dat we weten hoe dergelijke maatschappelijke instellingen effectiever kunnen werken voor mensen uit onderhavige doelgroep.

Referenties

- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M. et al (2002) *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Bellack, A. S. (2004) Skills Training for People with Severe Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 375-391.
- Bennett, D. H. (1979) Social forms of psychiatric treatment. In *Schizophrenia: Towards a new synthesis* (ed. J. K. Wing), 211-231. London; New York: Academic Press and Grune & Stratton.
- Boevink, W. & Dröes, J. (2005) Herstelwerk van mensen met een psychische beperking. *Psychopraxis*, 7, 14-20.
- Boevink, W. A., Giesen, F., & Kroon, H. (in voorbereiding) *Lijfsbehoud, levenskunst, verbondenheid en goede hulp. Wat mensen met psychische handicaps helpt om baas te worden over hun leven*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bogaards, M. & Lucassen, L. (2006) *Wonen in de wijk: een evaluatieonderzoek*. Rotterdam: Bavo RNO Groep.
- Bond, G. R. (2008) Housing for people with severe mental illness: A review of the evidence. In *The comprehensive textbook of psychiatric rehabilitation*. (eds. P. W. Corrigan, K. T. Mueser, G. R. Bond et al.), New York: Guilford press.
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J. et al (2007) A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*, 75, 968-982.
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L. et al (2004) How evidence-based practices contribute to community integration. *Community mental health journal*, 40, 569-588.
- Bos, V. & Kammen, J. v. (2005) *Kennissynthese; een handleiding*. Den Haag en Woerden: ZonMw en NIGZ.
- Broekman, T. G. & Schippers, G. M. (2003) *Specifications for the measuring of patient characteristics in substance abuse treatment*. Amsterdam/Nijmegen.
- Broekman, T. G., Schippers, G. M., Koeter, M. W. J. et al (2004) Standardized assessment in Substance Abuse Treatment in the Netherlands: The case of the ASI and new developments. *Journal of Substance Use*, 9, 147-155.
- Burns, T., Becker, T., Catty, J. et al (2006) *Enhancing the Quality of Life of persons disabled by Severe Mental Illness through Supported Employment: the Eqlise study. Final Report to European Commission - QLRT_2001-00683*.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T. et al (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial in six European countries. *Lancet*, 370, 1146-1152.
- Busschbach, J. T. v., Visser, E., Sytema, S. et al (2004) *Zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek. Onderzoek in een regio met een geïntegreerd GGz-aanbod*. Groningen: RGOc/ZonMw.
- Busschbach, J. T. v., Visser, E., Sytema, S. et al (2006) *Blijvend aan het werk. Onderzoek naar het lange termijn resultaat van arbeidsrehabilitatie bij DAAT-Drenthe*. Groningen: RGOc/UMCG.
- Busschbach, J. v. & Wiersma, D. (1999) *Behoeft, zorg en rehabilitatie; een epidemiologische studie naar de chronisch-psychiatrische populatie in de regio Noord-Oost- en Oost-Groningen*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Castelein, S., Bruggeman, R., Busschbach, J. et al (2006a) *Begeleide lotgenotengroepen voor mensen met een psychose - Een gecontroleerde effectiviteitsstudie*. Groningen: RGOc/UMCG.
- Castelein, S., Mulder, P. J., & Bruggeman, R. (2006b) *Draaiboek voor het begeleiden van een lotgenotengroep voor mensen met een psychose*. Groningen: RGOc/UMCG.
- Castelijns, K., Bongers, I., & Boogaard, J. v. d. (2004) *Herstel en herstelgerichte zorg in twee Noord-Brabantse GGZ-instellingen. Het perspectief van cliënten en hun naaste betrokkenen*. Tilburg: Academische werkplaats Geestdrift, Tranzo, Universiteit van Tilburg.
- Collins, M. E., Bybee, D. & Mowbray, C. T. (1998) Effectiveness of supported education for individuals with psychiatric disabilities: Results from an experimental study. *Community mental health journal*, 34, 595-613.

- Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R. et al (2005) Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of general psychiatry*, 62, 505-512.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. R. et al (2004) Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane Review). *The Cochrane Library*.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D. et al (2006) Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 443-450.
- DeFuentes-Merillas, L., & Jong, C.A.J. d. (2008) *Is belonen effectief? Community Reinforcement Approach+Vouchers: Resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie*. Nijmegen: NISPA / ACSW.
- Depla, M. (2004) *Community-based care for older people with severe mental illness - A study on the integration of mental health care into residential homes for the elderly*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Depla, M. F., de Graaf, R., van Busschbach, J. T. et al (2003) Community integration of elderly mentally ill persons in psychiatric hospitals and two types of residences. *Psychiatr Serv.*, 54, 730-735.
- Dooper, M. (2005) Kennis Beter Delen een aanjager van de kenniscyclus. *Mediator*, 16, 12-13.
- Drake, R., Green, A.I., Mueser, K.T. & Goldman, H.H. (2003). The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 39, 427-440.
- Dröes, J. (2000) Wonen en Rehabilitatie. In *Rehabilitatie Strategieën* (eds. G. Pieters & M. v. d. Gaag), 14-26. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dröes, J. (2001) Rehabilitatie-effectonderzoek: een inventarisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 621-629.
- Dröes, J. (2003) Persoonlijke en professionele waarden in het rehabilitatieproces. *Passage, tijdschrift voor rehabilitatie*, 12, 209-218.
- Drukker, M., van Dillen, K., Bak, M. et al (2007) The use of the Camberwell Assessment of Need in treatment: what unmet needs can be met? *Soc Psychiatry & Psychiatr Epidemiol (online publ.)*.
- Duin, D. v., Glind, G. v. d., & Verburg, H. (2004) *Methoden van implementatie voor zorgvernieuwing (waaronder richtlijnen)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Elings, M., Erp, N. v., & Hoof, F. v. (2005) *De waarde van zorgboerderijen voor mensen met een psychiatrische of verslavingsachtergrond - Voorstudie en aanzet tot een onderzoeksprogramma*. Wageningen: Plant Research International.
- Ende, P. v. d., Asdonck, H. v., & Korevaar, E.L. (2007a) Een ondersteuningsgroep voor studenten met psychiatrische beperkingen. In *Rehabilitatie: Mens in Beeld* (ed. E. L. Korevaar), 11-20. Groningen: Hanzehogeschool Groningen
- Ende, P. v. d. & Korevaar, L. (2006a) *Ontwikkeling van een ondersteuningsgroep voor studenten: onderzoeksrapport*. Groningen: Hanzehogeschool.
- Ende, P. v. d. & Venderink, M. (2006b) *Steun voor ouders met met psychiatrische beperkingen*. Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool.
- Ende, P. v. d. & Venderink, M. (2007b) Familierollen, in het bijzonder de ouderrol. In *Rehabilitatie: Mens in Beeld* (ed. E. L. Korevaar), 45-50. Groningen: Hanzehogeschool Groningen.
- Erp, N. v., Giesen, F., Leeuwen, L. v. et al (2005) *Implementatie van Individual Placement and Support (IPS) in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Erp, N. H.v., Giesen, F. B., van Weeghel, J. et al (2007) A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatr Serv.*, 58, 1421-1426.
- Erp, N. v. & Michon, H. (2008) Integratie van mensen met ernstige psychische stoornissen in betaald werk. In *Jaarboek psychiatrische rehabilitatie* (eds. A. Plooy e.a.), Amsterdam: SWP
- Erp, N. v. & Weeghel, J. v. (2000) *Jobcoaching; Nieuwe arbeidsmogelijkheden voor mensen met psychische beperkingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Erp, N. v. & Weeghel, J. v. (2001) Jobcoaching bij psychische beperkingen. *Passage*, 10, 162-170.
- GGZ Nederland (2008). Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2007) *Basisset Prestatie-indicatoren 2007-2008*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Giesen, F., Erp, N. v., Weeghel, J. v. et al (2007) De implementatie van Individual Placement and Support in Nederland. *Tijdschr Psychiatr*, 49, 611-621.

- Gigantesco, A., Vittorielli, M., Pioli, R. et al (2006) The VADO approach in psychiatric rehabilitation: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services S2- Hospital & Community Psychiatry*, 57, 1778-1783.
- Glynn, S. M., Marder, S. R., Liberman, R. P. et al (2002) Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 159, 829-837.
- Grol, R. & Wensing, M. (2001) *Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Heer-Wunderink, C. d., Caro-Nienhuis, A. D., Sytema, S. et al (2007) *Utopia - Uit en Thuis: Onderzoek naar de Participerende Instellingen van de RIBW Alliantie*. Groningen: RGOc.
- Hoof, F. v., Ketelaars, D., & Weeghel, J. v. (2000) *Dac in, Dac uit; Een longitudinaal onderzoek bij bezoekers van dagactiviteitencentra in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- IRB-onderzoeksgroep (2007) *Een wens in vervulling; Informatie over de individuele rehabilitatiebenadering en de resultaten*. (brochure) IRB-onderzoeksgroep en ZonMw.
- Isett, K. R., Burnam, M. A., Coleman-Beattie, B. et al (2007) The state policy context of implementation issues for evidence-based practices in mental health. *Psychiatr Serv.*, 58, 914-921.
- Ketelaars, D., Baars, E., & Kroon, H. (2001) *Werkend herstellen : een onderzoek naar therapeutische (leef)werkgemeenschappen voor mensen met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Killaspy, H., Harden, C., Holloway, F. et al (2005) What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. *Journal of Mental Health*, 14, 157-165.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P. & Zarate, R. (2006) Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 32 Suppl 1, S12-S23.
- Korevaar, E.L. (2005) *Rehabilitatie door educatie. Onderzoek naar een begeleid leren-programma voor mensen met psychiatrische problematiek*. Amsterdam: SWP.
- Kroon, H. & Henselmans, H. (2000) Varianten van casemanagement en hun resultaten. In *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten* (eds. G. Pieters & M. v. d. Gaag), 41-57. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kroon, H. & Mulder, C. L. (2005) Assertive Community Treatment. In *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2005-2006* (eds. A. H. Schene, F. Boer, T. J. Heeren et al.), 344-361. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Kwekkeboom, M. H. (2001) *Zo gewoon mogelijk: Onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kwekkeboom, M. H. & Weert, C. M. C. v. (2008) *Een ander leven: Een onderzoek naar de leefsituatie van op zichzelf wonende mensen met een verstandelijke beperking of chronisch psychiatrische problematiek in Zuidwest-Nederland*. Avans Hogeschool.
- Kwekkeboom, M. H. (2006) *Een eigen huis: ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: SCP.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005) *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Macias, C., Rodican, C. F., Hargreaves, W. A. et al (2006) Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatric Services*, 57, 1406-1415.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Whitley, R. et al (2007) Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence-Based Practices Project. *Psychiatr Serv.*, 58, 1279-1284.
- Metz, G., Kempen, M. v., Loon, A. v. et al (2007) *Metgezel: meer dan een luisterend oor: beschrijving van het project Vergezellen, een aanbod van individuele begeleiding aan zelfstandig wonende ouderen met psychiatrische problematiek*. Amsterdam: GGZ Buitenamstel.
- Michon, H. (2006) *Personal characteristics in vocational rehabilitation for people with severe mental illnesses*. Utrecht: Trimbos-instituut / Altrecht.
- Michon, H., Erp, N. v., Giesen, F. et al (2003) *Het monitoren van vermaatschappelijking; Deel1 Bericht van de stand van zaken*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Michon, H., N. v. Erp, L. Korevaar, & J. v. Weeghel (2008). Arbeidsrehabilitatie en de Individuele Rehabilitatiebenadering. In L.Korevaar & J. Dröes (Eds.), *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn* (203-217). Bussum: Coutinho uitgeverij.
- Michon, H., Rondez, M., & Weeghel, J. v. (2000) *Een werkend middel; Evaluatie van Baanberekend, arbeidstoeleidingsproject voor mensen met een verslavingsachtergrond*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Michon, H., Weeghel, J. v., Kroon, H. et al (2005) Person-related predictors of employment outcomes after participation in Psychiatric Vocational Rehabilitation programmes; A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 408-416.
- Michon, H. W. C., Weeghel, J. v., Kroon, H. et al (2006) Predictors of successful job finding in psychiatric vocational rehabilitation; an expert panel study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 25, 161-171.
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R. et al (2007) Social exclusion and mental health: conceptual and methodological review. *Br J Psychiatry*, 191, 477-483.
- Moser, L. L., Deluca, N. L., Bond, G. R. et al (2004) Implementing evidence-based psychosocial practices: lessons learned from statewide implementation of two practices. *CNS Spectr.*, 9, 926-36.
- Onrust, S. & F. Smit (2005). *Succesfactoren in Vriendendiensten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Oudenampsen, D. & Gruijter, M. d. (2005) *Maatschappelijke participatie van mensen met een psychische handicap: een onderzoek onder gebruikers van ongebonden schilvoorzieningen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. & Brenner, H. D. (2006) Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull*, 32 Suppl 1, S64-S80.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E. et al (2002) Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med*, 32, 783-791.
- Planije, M., Erp, N. v., & Kroon, H. (2007) *Het Windroos toekomsttraject: een evaluatie van een herstel- en integratietraject voor jonge mensen met een psychische beperking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Plooy, A., Rooijen, S. v., & Weeghel, J. v. (2008) *Jaarboek psychiatrische rehabilitatie*. Amsterdam: SWP.
- Pols, A. J. & Kroon, H. (2005) Met zorg op vakantie of vakantie van de zorg? - Over het belang van vakantie voor mensen met psychische problemen. *Passage*, 14, 3-11.
- Pols, A. J. & Kroon, H. (2007) The importance of holiday trips for people with chronic mental health problems. *Psychiatric Services*, 58, 262-265.
- Pols, J. & Kroon, H. (2004) *Op vakantie! Het belang van vakantie voor cliënten van de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Priebe, S., McCabe, R., Bullenkamp, J. et al (2007) Structured patient clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 191, 420-426.
- Priebe, S., McCabe, R., Bullenkamp, J. et al (2002) The impact of routine outcome measurement on treatment processes in community mental health care: approach and methods of the MECCA study. *Epidemiol.Psychiatr.Soc.*, 11, 198-205.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A. & Farkas, M. (2006a) The Choose-Get-Keep Model of Psychiatric Rehabilitation: A Synopsis of Recent Studies. *Rehabilitation Psychology S2- Psychological Aspects of Disability*, 51, 247-256.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., Lyass, A. et al (2006b) A Randomized Clinical Trial of Vocational Rehabilitation for People With Psychiatric Disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49, 143-156.
- Roosenschoon, B. J., Bogaards, M., Kwaak, A. v. d. et al (2004) *De Woonschool: de eerste twee jaar van rehabilitatiecentrum De Zevenkamp*. Rotterdam: Bavo RNO Groep.
- Roosenschoon, B. J. et. al. (submitted) A school for living: Evaluation of the rehabilitation center of Zevenkamp. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Roozen, H.G. (2005) *Community Reinforcement Approach and Naltrexone in the treatment of addiction*. Delft: H. Roozen (academisch proefschrift).
- Salyers, M. P., Becker, D. R., Drake, R. E. et al (2004) A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatric Services*, 55, 302-308.
- Shepherd, G. (1984) *Institutional care and rehabilitation*. London / New York: Longman.

- Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W. et al (2000) Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *Am J Public Health*, 90, 1873-1878.
- Swildens, W., Busschbach, J. T. v., Michon, H., & Kroon, H. (2007) Individuele rehabilitatiebenadering (IRB) bij ernstige psychiatrische stoornissen: effect op rehabilitatiedoelen en kwaliteit van leven. In *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008* (ed. A. H. e. a. Schene), 335-352.
- Swildens, W., Graaff, I. d., Blom, A., & Weeghel, J. v. (2008) Maatschappelijke steunsystemen; tussen zorg en samenleving. In *Jaarboek psychiatrische rehabilitatie* (eds. A. Plooy e.a.), Amsterdam: SWP.
- Swildens, W., Keijzerswaard, A. v., & Valenkamp, M. (2001) *Rehabilitatie: hoe langer hoe beter; Onderzoek naar individuele rehabilitatie in de psychiatrie*. Utrecht: SWP.
- Swildens, W. E., Keijzerswaard, A. v., Wel, T. F. v. et al (2003) Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: een open onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 15-26.
- Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W. et al (2007) Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.*, 116, 105-112.
- Theunissen, J. (2006) *Zorgvernieuwing in de chronische psychiatrie; Een vergelijkend onderzoek onder vier projecten voor langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Amsterdam: GGZ BuitenAmstel.
- Theunissen, J., Kikkert, M. J., Duurkoop, W. R. A. et al (2008) *Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de grote stad*. Amsterdam: AMC de Meren/GGZ Buitenamstel.
- Theunissen, J., Oosterling, N. & Hoogerwerf, R. (2003) Lang in zorg: ambulante ggz-hulpverlening aan langdurig zorgafhankelijke cliënten. *Passage*, 12, 21-27.
- Theunissen, J. R. & Raven, E. M. I. E. (1997) Patiënten met langdurige psychiatrische stoornissen bij een RIAGG - Patiënten, patiëntkenmerken, de ontvangen zorg en het gewenste aanbod. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 400-408.
- Thornicroft, G. (2008) *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Veer, J. T. B. v. 't. (2006) *The social construction of psychiatric stigma: perspectives from the public, patients and family members*. Enschede: Gildeprint BV.
- Veer, J. T. B. v. 't., Drossaert, C. H. C., Kraan, H. F. et al (in press) Beliefs, emotional impact and attribution of stigma among psychiatric patients. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*.
- Veer, J. T. B. v. 't., Drossaert, C. H. C., Kraan, H. F. et al (in press) Family members of psychiatric patients: does mental illness lead to family stigma. *Archives of Psychiatric Nursing*.
- Venderink, M. & Ende, P. v. d. (2006) *Ouderschap met succes en tevredenheid: methodiektaining voor hulpverleners bij het begeleiden van de ouderrol*. Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool/ Cenzor GGZ Groningen.
- Verhaegh, M. J. M., Bongers, I. M. B., Kroon, H. et al (2007) Assertive Community Treatment bij cliënten met een eerste psychose. Modelgetrouwheid en doelspecifieke aanpassingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 789-798.
- Vermeulen, K., Toet, J., & Ameijden, E. v. (2005) *Eindrapportage Hostelonderzoek Utrecht: Beter af met bad, bed, brood en begeleiding?* Utrecht: GG&GD Utrecht.
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T. et al (2007) Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatr Serv.*, 58, 469-474.
- Weeghel, J. v. (2006) Kwaliteitstoetsing regionaal zorgaanbod Schizofrenie: resultaten van zeven toetsingen. Voordracht op het schizofreniecongres 'Perspectief Bieden'.
- Weeghel, J. v. (2005) Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen: wat zijn goede anti-stigma strategieën? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 378-395.
- Wel, T. F. v. (2002) *Rehabilitatie door het woonmilieu. Een longitudinaal onderzoek naar de relatie tussen de mate van normalisatie van het woonmilieu en de activiteiten en participatie van chronisch psychiatrische cliënten*. Den Dolder: Altrecht ggz.
- Wel, T. v., Felling, A. & Persoon, J. (2003) The Effect of Psychiatric Rehabilitation on the Activity and Participation Level of Clients with Long-Term Psychiatric Disabilities. *Community Mental Health Journal*, 39, 535-546.

Wetten, H. v., Gaag, M. v. d., & Slooff, C. (2007) *Eindrapport Doorbraakproject Schizofrenie 1. Februari 2006 - April 2007. 18 GGZ instellingen aan de slag met het verbeteren van de schizofreniezorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bijlage 1 Geraadpleegde experts

Experts die deelgenomen hebben aan de focusgroep bijeenkomst november 2007

Michiel Bähler	GGZ Noord-Holland Noord
Joop van den Bogaard†	Tranzo - universiteit van Tilburg
Joske van Busschbach	RGOc
Ciska Goedhart	Labyrint~in Perspectief
Hanneke Henkens	GGZE Eindhoven
Albert van Keijzerswaard	Altrecht Talent
Lies Korevaar	Hanzehogeschool lectoraat rehabilitatie
Hans Kroon	Trimbos-instituut
Mette Lansen	Anoiksis
Louise Olij	GGZ Nederland
Rick Kwekkeboom	Avans hogeschool lectoraat vermaatschappelijking
Peter van Splunteren	Trimbos-instituut
Elsbeth de Ruijter	St. Buitenamstel Geestgronden
Tom van Wel	Altrecht ABC

Overige deelnemers focusgroep

Harry Michon	Trimbos-instituut
Jaap van Weeghel (voorzitter)	Kenniscentrum Rehabilitatie (KCR)
Stijn Tersmette	ZonMw
Milly Vesters (notulen)	ZonMw

Geraadpleegde kennisinstituten voor informatie over te includeren projecten

Altrecht - div. Willem Arntsz
Avans hogeschool lectoraat vermaatschappelijking
GGZ Buitenamstel
GGZ Eindhoven
GRIP - Gelderse Roos
Hanzehogeschool lectoraat rehabilitatie
Hogeschool Utrecht, lectoraat Participatie en Maatschappelijke ontwikkeling
IGPB
Kenniscentrum Rehabilitatie
Mentrum
MOVISIE
RGOc - Universitair Medisch Centrum Groningen
Tranzo - Universiteit van Tilburg
Trimbos-instituut
Universiteit van Maastricht
Verweij-Jonker instituut
ZonMw

.. en verder diverse contactpersonen betrokken bij onderzoek vermeld door KCR.

Bijlage 2 Korte beschrijvingen van interventies en zorgmodellen

NB. Hier beperken we ons tot de vier in de tekst meest prominent voorkomende interventies of modellen. Voor meer informatie, m.n. over de andere interventies in dit rapport verwijzen we de lezer o.a. naar: de projectbeschrijvingen op www.kenniscentrumrehabilitatie.nl; publicaties van de Trimbosmonitor; het Jaarboek psychiatrische rehabilitatie (Plooy e.a. 2008).

ACT Assertive Community Treatment

ACT wordt geboden door een multidisciplinair team dat intensieve en veelomvattende zorg biedt. Belangrijke ingrediënten zijn teambegeleiding, 7 keer 24 uren beschikbaarheid, verantwoordelijkheid voor opname en ontslag in het psychiatrisch ziekenhuis en een caseload van tien patiënten per hulpverlener. Verder is deskundigheid in het team aanwezig wat betreft psychiatrische behandeling, ervaringsdeskundigheid, verslaving en arbeidsrehabilitatie.

IRB De Individuele Rehabilitatiebenadering

De Individuele Rehabilitatiebenadering combineert een rehabilitatieattitude met een gesprekstechniek waarmee psychiatrische cliënten geholpen worden bij het stellen en uitwerken van doelen op het gebied van wonen, werken, dagbesteding, leren en sociale contacten. De IRB werkt volgens drie fasen met bijbehorende specifieke activiteiten en methodische hulpmiddelen: doel formuleren (gaat de cliënt met behulp van de begeleider na wat hij of zij wil bereiken op een zelf gekozen rehabilitatieterrein: wonen, werk, dagbesteding, leren of sociale contacten). Na functionele diagnostiek (persoonlijke beperkingen en -mogelijkheden in kaart brengen en benodigde hulpbronnen in de gewenste omgeving identificeren) wordt een concreet rehabilitatieplan opgesteld inclusief de interventies die nodig geacht worden om het gewenste doel te behalen.

IPS

Het Individual Placement and Support model, ofwel Individuele Plaatsing en Steun (IPS) verenigt inzichten uit de IRB, Supported Employment en andere benaderingen. Het IPS-model kent de o.a. volgende principes: Het doel van IPS is dat de cliënt regulier, betaald werk vindt. De IPS-trajectbegeleider maakt deel uit van een ggz-team zodat het traject richting werk kan worden afgestemd op de ggz-behandeling en -begeleiding. Elke cliënt die wil werken, kan IPS-begeleiding krijgen, ongeacht bijvoorbeeld zijn arbeidsverleden of psychiatrische symptomen. De IPS-begeleider helpt cliënten snel en gericht bij het zoeken naar een betaalde baan. Er is geen lange voorbereiding met uitgebreide assessments, trainingen en plaatsingen in werkprojecten. De voorkeuren van de cliënt staan centraal. De begeleider en de cliënt zoeken samen naar een baan die zoveel mogelijk aansluit bij de kwaliteiten, interesses en werkervaring van de cliënt.

Lotgenotengroepen volgens methode Castelijm

Doel van de lotgenotengroep is het bieden van ondersteuning bij het verwerken en/of het leren leven met (de gevolgen van) eerder doorgemaakte episodes van psychotische stoornissen. Dit gebeurt vooral door uitwisseling van ervaringen tussen (hoogstens tien) lotgenoten in een serie regelmatige bijeenkomsten (zestien van 1,5 uur). De deelnemers bepalen zelf wat er in de bijeenkomsten aan bod komt, zoals oude hobby's oppakken, weer aan het werk na een psychose en omgaan met familie. Nieuw aan de huidige opzet is de continue aanwezigheid van een professionele begeleider.

Bijlage 3 Geïnccludeerde projecten en in de synthese betrokken publicaties

Nr	Titel	Publicaties in de referentielijst
13	Implementatie IPS (Individuele Plaatsing & Steun) in Nederland	Erp Nv e.a. 2005; Giesen e.a. 2007; Erp Nv et al 2007
44	RCT Assertive Community Treatment	Sytema S e.a. 2007
45	RCT IRB op langere termijn (vervolg op 96)	IRB-onderzoeksgroep 2007; Verdere publicaties in de maak
62	Ontwikkeling De Zonnewijzer- rehabilitatie voor jonge mensen met schizofrenie	Eindrapport is aanwezig bij ZonMw
68	Doelmatigheid zorgmonitor Z-Limburg (E-Tail)	Drukker e.a. 2007
85	Effecten van een cliëntgestuurde cursus op het herstel van de deelnemers	Studie loopt nog – nog geen publicaties
86	Quasi-experimentele studie effectiviteit herstelprogramma HEE	Studie loopt nog – nog geen publicaties
96	RCT IRB (Individuele RehabilitatieBenadering)	Swildens W e.a. 2008
105	Evaluatie van 24-uurs voorzieningen voor druggebruikers in Utrecht	Vermeulen e.a. 2005
123	RCT lotgenotengroep voor mensen met een psychotische stoornis	Castelein S e.a. 2006 (2x)
152	Assertive Community Treatment in Nederland: modelgetrouwheid en uitkomsten	Studie loopt nog – nog geen publicaties
196	Ontwikkeling meetinstrument karakteristieke kenmerken cliënten verslavingszorg (MATE)	Broekman & Schippers 2003
248	Specificaties meting karakteristieke kenmerken cliënten verslavingszorg (vervolg 196 MATE)	Broekman e.a. 2004
287	Werk vinden en behouden na arbeidsrehabilitatie bij DAAT-Drenthe	Busschbach Jv e.a. 2006
300	RCT model Individuele Plaatsing & Steun (SCION)	Studie loopt nog – nog geen publicaties
301	Evaluatie De woonschool - incl. vervolgstudie	Roosenschoon B e.a. 2004; Roosenschoon B e.a. (in press)
304	Monitor Langdurige Zorg Trimbos (vervolg monitor vermaatschappelijking)	Gebruikt zijn voorlopige resultaten in: Erp Nv & Kroon H 2008
307	Wonen in de wijk - evaluatie	Bogaards M & Lucassen L 2006
309	Baanberekenend - arbeidsproject voor mensen met verslavingsproblematiek	Michon H e.a. 2000
400	Supported living ouderen met ernstige psychische stoornissen	Depla MFIA 2004; Depla MFIA e.a. 2003
403	Op Vakantie! Het belang van vakantie voor cliënten in de GGZ	Pols J & Kroon H 2004; Pols J & Kroon H 2007; Pols J & Kroon H 2005
404	Rehabilitatie door het woonmilieu	Wel TFv 2002; Wel e.a. 2003
406	Effect zorg RIBW alliantie (UTOPIA)	RGOc-reeks: De Heer-Wunderink e.a. 2007
407	Doorbraak schizofrenie	Wetten Hv e.a. 2007
408	Effect geïntegreerde zorg MFE Emmen	Busschbach Jv e.a. 2004
409	Dac in, Dac uit. bezoekers van dagactiviteitencentra GGZ gevolgd	Hoof, Fv e.a. 2000
410	Effect therapeutische (leef)werkgemeenschappen	Ketelaars D e.a. 2001

Nr	Titel	Publicaties in de referentielijst
411	Monitor vermaatschappelijking Trimbos-instituut. Deel Empirische studie	Michon H e.a. 2003
412	Monitor vermaatschappelijking Trimbos-instituut. Deel Literatuurstudie	Michon H e.a. 2003
413	Perspectief cliënten en familie op herstelgerichte zorg in 2 Brabantse GGZ-instellingen	Castelijns K e.a. 2004
414	Effecten van zorgboerderijen	Elings e.a. 2005
418	Rehabilitatie door educatie: onderzoek naar een begeleid leren-programma	Korevaar EL 2005
419	Effect MSS in de stad Utrecht	Swildens W e.a. 2008
420	Ervaringen met stigmatisering van mensen met schizofrenie (INDIGO)	Studie is in afrondende fase – er wordt gewerkt aan publicaties
421	Empowerment van GGZ-cliënten – naar een operationalisatie	Boevink WA e.a. (in voorbereiding)
422	RCT Individuele Plaatsing en Steun in Europa (EQOLISE)	Burns T e.a. 2006; Burns T e.a. 2007
424	Effecten ACT cliënten met eerste psychose	Verhaegh MJM e.a. 2007
425	RCT Effectiviteit computergestuurde checklist (DIALOG; voorheen MECCA)	Priebe S e.a. 2002; Priebe S e.a. 2007
500	Implementatie en effect IRB	Swildens W e.a. 2001; Swildens W e.a. 2003
501	Evaluatie Windroos toekomstproject (herstel- en integratie traject)	Planije M e.a. 2007
502	Review voorspellers arbeidsuitkomsten na arbeidsrehabilitatieproces	Michon H 2006; Michon H e.a. 2005; Michon H e.a. 2006
503	Panelstudie voorspellers gunstig arbeidsrehabilitatieproces	Michon H 2006; Michon H e.a. 2005; Michon H e.a. 2006
504	Evaluatie 4 zorgvernieuwingsprojecten chronische psychiatrie	Theunissen J 2006; Theunissen J e.a. 2003; Theunissen J & Raven EMIE 1997
505	Evaluatie ongebonden schilvoorzieningen	Oudenampsen D & Gruijter Md 2005
506	Een eigen huis: ervaringen met zelfstandig wonen	Kwekkeboom MH 2006
507	Zelfstandig wonen: participatie en geluk	Gebruikt is conceptpublicatie van: Kwekkeboom MH & Weert CMCv 2008
508	Metgezel: meer dan een luisterend oor	Metz G e.a. 2007
510	De ouderrol vanuit de individuele rehabilitatiebenadering	Ende PCvd & Venderink MM 2006; Venderink MM & Ende PCvd 2006; Ende PCvd & Venderink MM 2007
511	Stedelijk Chroniciteitsonderzoek Amsterdam	Theunissen JR e.a. 2008
513	Ontwikkeling lotgenotengroep voor studenten	Ende Pvd & Korevaar L 2006; Ende Pvd e.a. 2007
514	Sociale constructie psychiatrisch stigma	Veer JTB van 't 2006; Veer JTB van 't e.a. (in press)
515	Evaluatie job coaching	Erp Nv & Weeghel Jv 2000; Erp Nv & Weeghel Jv 2001

Bijlage 4 Geïnccludeerde projecten en hoofdkenmerken

Nr	Titel	longi- tud.	verge- lijk?	RCT design	N T0	% uitval	afge- rond	Doel- groep	uitkomstgebied	uitkomstgebied 2	
13	Implementatie IPS (Individuele Plaatsing & Steun) in Nederland	ja	nee	nee	B	316	38,6	ja	eps	werk	
44	RCT Assertive Community Treatment	ja	ja	ja	C	118	31,4	ja	eps	diverse dom.	
45	RCT IRB op langere termijn (vervolg op 96)	ja	ja	ja	C	156	25,0	ja	eps	diverse dom.	zorgbeh. / kvl
62	Ontwikkeling De Zonnewijzer- rehabilitatie voor jonge mensen met schizofrenie	nee	nee	nee	A	30	?	ja	eps	diverse dom.	
68	Doelmatigheid zorgmonitor Z-Limburg (E-Tail)	ja	nee	nee	B	1017	--	nee	eps	zorgbeh. / kvl	
85	Effecten van een cliëntgestuurde cursus op het herstel van de deelnemers	ja	ja	ja	C	150	±25	nee	eps	herstel - empowerm.	
86	Quasi-experimentele studie effectiviteit herstelprogramma HEE	ja	ja	ja	C	162	?	nee	eps	herstel - empowerm.	
96	RCT IRB (Individuele RehabilitatieBenadering)	ja	ja	ja	C	156	10,9	ja	eps	diverse dom.	zorgbeh. / kvl
105	Evaluatie van 24-uurs voorzieningen voor druggebruikers in Utrecht	ja	nee	nee	B	52	46,2	ja	versl.	wonen	diverse dom.
123	RCT lotgenotengroep voor mensen met een psychotische stoornis of schizofrenie	ja	ja	ja	C	106	8,5	ja	eps	sociale cont.	
152	Invoering Assertive Community Treatment in Nederland: modelgetrouwheid en uitkomsten	ja	nee	nee	B	530	14,7	nee	eps	zorgbeh. / kvl	diverse dom.
196	Ontwikkeling meetinstrument karakteristieke kenmerken cliënten verslavingszorg (MATE)	nee	nee	nee	E	945	nvt	ja	versl.	diverse dom.	
248	Specificaties meting karakteristieke kenmerken cliënten verslavingszorg (vervolg 196 MATE)	nee	nee	nee	E	?	nvt	ja	versl.	diverse dom.	
287	Werk vinden en behouden na arbeidsrehabilitatie bij DAAT-Drenthe	ja	nee	nee	B	118 / 70	25,3 / 55,7	ja	eps	werk	
300	RCT model Individuele Plaatsing & Steun (SCION)	ja	ja	ja	C	152	?	nee	eps	werk	
301	Evaluatie De woonschool - incl. vervolgstudie	ja	nee	nee	B	21/129	?	ja	eps	wonen	
304	Monitor Langdurige Zorg Trimbos (vervolg monitor vermaatschappelijking)	nee	ja	nee	A	3610	nvt	nee	eps	zorgbeh. / kvl	
307	Wonen in de wijk - evaluatie	nee	nee	nee	A	36 / 8	nvt	ja	eps	wonen	

Nr	Titel	longi- tud.	verge- lijk?	RCT design	N T0	% uitval	afge- rond	Doel- groep	uitkomstgebied	uitkomstgebied 2	
309	Baanberekendend - arbeidsproject voor mensen met verslavingsproblematiek	nee	nee	nee	A	117 / 31	nvt	ja	versl.	werk	
400	Supported living ouderen met eps: effect type huisvesting (a; c) integratie, stigma & kvl (b)	nee	ja	nee	C	174 / 131	nvt	ja	eps	wonen	zorgbeh. / kvl
403	Op Vakantie! Het belang van vakantie voor cliënten in de GGZ	nee	nee	nee	A	49	nvt	ja	eps	dagbesteding iha	
404	Rehabilitatie door het woonmilieu	ja	ja	nee	B	340	51,8	ja	eps	wonen	
406	Effect zorg RIBW alliantie (UTOPIA)	ja	nee	nee	B	8030	nvt	nee	eps	werk	wonen
407	Doorbraak schizofrenie	ja	nee	nee	B	1091	?	ja	eps	diverse dom.	
408	Effect geïntegreerde zorg MFE Emmen	nee	nee	nee	A	189	nvt	ja	eps	diverse dom.	zorgbeh. / kvl
409	Dac in, Dac uit. bezoekers van dagactiviteitencentra GGZ gevolgd	ja	nee	nee	B	387	23,8	ja	eps	dagbesteding	diverse dom.
410	Effect therapeutische (leef)werkgemeenschappen	nee	ja	nee	A	31	nvt	ja	eps	zorgbeh. / kvl	herstel / empowerment
411	Monitor vermaatschappelijking Trimbos-instituut. Deel Empirische studie	nee	ja	nee	A	2091	nvt	ja	eps	werk	wonen
412	Monitor vermaatschappelijking Trimbos-instituut. Deel Literatuurstudie	nee	nee	nee	D	divers	nvt	ja	eps	diverse dom.	zorgbeh. / kvl
413	Perspectief cliënten en familie op herstelgerichte zorg in 2 Brabantse GGZ-instellingen	nee	nee	nee	A	25	nvt	ja	eps	zorgbeh. / kvl	herstel / empowerment
414	Effecten van zorgboerderijen	ja	ja	nee	C	?	?	nee	e e/o v	diverse dom.	zorgbeh. / kvl
418	Rehabilitatie door educatie: onderzoek naar een begeleid leren-programma	ja	nee	nee	B	45	42,2	ja	eps	leren	
419	Effect MSS in de stad Utrecht	ja	nee	nee	B	229	?	nee	eps	diverse dom.	zorgbeh. / kvl
420	Ervaringen met stigmatisering van mensen met schizofrenie (INDIGO)	nee	nee	nee	A	50 / 732	nvt	nee	eps	stigma	
421	Empowerment van GGZ-clieënten – naar een operationalisatie	nee	nee	nee	A	56	nvt	nee	eps	herstel - empowerment.	
422	RCT Individuele Plaatsing en Steun in Europa (EQOLISE)	ja	ja	ja	C	52 / 312	19,2	ja	eps	werk	
424	Effecten ACT cliënten met eerste psychose	ja	ja	nee	C	?	?	nee	eps	diverse dom.	zorgbeh. / kvl

Nr	Titel	longitud.	vergelijk?	RCT design	N T0	% uitval	afgerond	Doelgroep	uitkomstgebied	uitkomstgebied 2	
425	RCT Effectiviteit computergestuurde checklist (DIALOG; voorheen MECCA)	ja	ja	ja	C	507	11,0	ja	eps	zorgbeh. / kvl	
500	Implementatie en effect IRB	ja	nee	nee	B	62	?	ja	eps	diverse dom.	zorgbeh. / kvl
501	Evaluatie Windroos toekomstproject (herstel- en integratie traject)	nee	nee	nee	A	16	nvt	ja	eps	herstel - empowerm.	leren
502	Review voorspellers arbeidsuitkomsten na arbeidsrehabilitatieproces	nee	nee	nee	D	nvt	nvt	ja	eps	werk	
503	Panelstudie voorspellers gunstig arbeidsrehabilitatieproces	nee	nee	nee	E	nvt	nvt	ja	eps	werk	
504	Evaluatie 4 zorgvernieuwingsprojecten chronische psychiatrie	nee	ja	nee	A	196	nvt	ja	eps	zorgbeh. / kvl	
505	Evaluatie ongebonden schilvoorzieningen	nee	nee	nee	E	33	nvt	ja	eps	diverse dom.	
506	Een eigen huis: ervaringen met zelfstandig wonen	nee	nee	nee	A	34	nvt	ja	eps	diverse dom.	zorgbeh. / kvl
507	zelfstandig wonen: participatie en geluk	nee	nee	nee	A	173	nvt	nee	eps	diverse dom.	
508	Metgezel: meer dan een luisterend oor	nee	ja	nee	A	41	nvt	ja	eps	sociale cont.	
510	De ouderrol vanuit de individuele rehabilitatiebenadering	nee	nee	nee	A	47	nvt	ja	eps	herstel - empowerm.	sociale contacten
511	Stedelijk Chroniciteitsonderzoek Amsterdam	nee	nee	nee	A	323	nvt	ja	eps	zorgbeh. / kvl	diverse dom.
513	Ontwikkeling lotgenotengroep voor studenten	nee	nee	nee	A	10	30,0	ja	eps	leren	sociale cont.
514	Sociale constructie psychiatrisch stigma	nee	nee	nee	A	205	nvt	ja	eps	stigma	
515	Evaluatie job coaching	nee	nee	nee	A	33	nvt	ja	eps	werk	

Legenda:

Longitudinaal: 2 of meer metingen in de loop van de tijd op respondentniveau.

Vergelijkend: effect van twee of meer interventies vergelijkend.

RCT: Randomised Clinical Trial - een gerandomiseerd, gecontroleerd experiment waarin respondenten volgens loting zijn ingedeeld in een van minimaal twee groepen: de groep die de 'experimentele interventie' ontvangt, ofwel de experimentele conditie (EC). Andere groep is de vergelijkingsgroep, ofwel de controleconditie (CC).

Design: A observationeel, transversaal (survey); B observationeel, longitudinaal (cohort, case-control); C toetsend (experiment en quasi-experiment); D literatuuronderzoek/meta-analyse; E anders

Doelgroep: eps = ernstige psychiatrische problematiek ('severe mental illnesses')

e/o v = mensen met ernstige psychiatrische problematiek of verslavingsproblematiek

meest centrale uitkomstgebied: diverse dom.: domeinen; zorgbeh.: zorgbehoeften; kvl: kwaliteit van leven

