

# Rehabilitatie: geen kleurloze brij

Over rehabilitatieopvattingen in Nederland\*

**Allerlei hulpverleningsvormen worden tegenwoordig rehabilitatie genoemd. Daardoor verwordt deze innovatie tot een kleurloze brij die zich niet meer onderscheidt van wat er altijd al gebeurde. Tijd om de Nederlandse rehabilitatieopvattingen op een rijtje te zetten en te schiften.**

Het begrip rehabilitatie raakte aan het eind van de vorige eeuw in zwang, met name in de langdurige GGZ die destijds vooral klinisch van aard was en waar een passieve en desolate sfeer heerste. Cliënten werden vaak ‘uitbehandeld’ genoemd en hulpverleners leerden hen vooral om zich rustig te houden en niets meer te willen met hun leven. Door de stress van veranderingen zou namelijk de ziekte weer kunnen opspelen. Rehabilitatie was daarentegen fris en anders. Hulpverleners bedachten niet meer voor cliënten wat goed voor ze was, maar vroegen naar hun wensen. Hulpverleners gingen niet meer uit van de ziekte en de beperkingen, maar richtten zich op ambities en mogelijkheden. Zij legden zich niet neer bij een kleurloos leven van cliënten, maar gingen ervan uit dat verandering altijd mogelijk is. Zonder hoop geen leven! Hoe absurd het nu ook moge klinken, hulpverleners begonnen zich te realiseren dat chronisch psychiatrische cliënten dezelfde wensen hadden als andere burgers. Rehabilitatie ondersteunde deze wensen systematisch.

In de GGZ zou rehabilitatie een cultuuromslag gaan betekenen. Niet langer stond de professionaliteit van de hulpverlener bovenaan, maar de wens van cliënten. Boud uitgedrukt: cliënten hoefden niet meer te luisteren naar wat de hulpverleners allemaal voor kundige adviezen gaven, maar hulpverleners moesten leren luisteren naar hoe cliënten hun leven wilden vormgeven. Veel hulpverleners zeiden deze visie te steunen en rehabilitatie raakte in de mode. Je kon het als psychiatrische instelling niet maken om

rehabilitatie links te laten liggen en het woord werd te pas en te onpas gebruikt. En hier knelt de schoen: in de GGZ heeft die cultuuromslag nooit plaatsgevonden. Tot op de dag van vandaag blijven hulpverleners kundige adviezen geven zonder aan te sluiten bij wat cliënten met hun leven willen.

Het uitblijven van een cultuuromslag lag niet alleen aan de hulpverleners en aan de vooral op het medisch model gebaseerde opleidingen. De oorzaak lag ook bij de pleitbezorgers van rehabilitatie zelf die onvoldoende duidelijk hebben kunnen maken wat wel en wat niet onder rehabilitatie valt. Velen doelden op de volgende drie benaderingswijzen (Nuy, 2000): de Libermanmodules, het systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH) van Storm, en de individuele rehabilitatiebenadering (IRB) van Rehabilitatie '92. Maar daarbuiten waren er ook andere initiatieven die met de term rehabilitatie werden aangeduid. Zo introduceerde rehabilitatievoortrekker Detlef Petry al eerder de Engelse rehabilitatieschool in Nederland. Daarnaast maakten we kennis met functioneringsgerichte rehabilitatie, milieurehabilitatie, cognitieve rehabilitatie, rationele rehabilitatie en bemoeirehabilitatie. Onder rehabilitatie zouden volgens sommigen ook benaderingen vallen die niet als rehabilitatie werden aangeduid, zoals Goldsteintrainingen, de revalidatiemodules uit Assen, individuele plaatsing en steun (IPS), het *strengths*-model, kwartiermaken en maatschappelijke steunsystemen.

Het beoogde resultaat van rehabilitatie was allerminst duidelijk. Meestal was rehabilitatie de verzamelnaam voor alle hulp aan chronisch psychiatrische cliënten. Zo wordt de term vandaag de dag nog steeds vaak gebruikt, en dan zouden zelfs organisaties zoals beschermende woonvormen, ongebonden schilvoorzieningen, zorgboerderijen en *assertive community treatment* onder rehabilitatie kunnen vallen (Michon & Van Weeghel, 2008). Inmiddels kun je door de bomen het bos niet meer zien. Daarmee dreigt die eens zo frisse rehabilitatie te verwateren tot een kleurloze brij die niet te onderscheiden is van andere hulpverleningsvormen. Dat staat innovatie van de hulpverleningspraktijk in de weg, want als je alles rehabilitatie mag noemen, hoef je niks te veranderen.

## Beoogd resultaat

Ik stel voor om een hulpverleningsvorm zoals rehabilitatie niet te definiëren op basis van een bepaalde doelgroep of een bepaalde methode, maar op basis van het resultaat dat ze beoogt. Voor de beschrijving daarvan wil ik aansluiten bij de *International classification of functioning, disability and health* (ICF) van de Wereld Gezondheidsorganisatie (2001). De ICF is bedoeld om op een uniforme

wijze te communiceren over componenten van gezondheid. Het individuele functioneren valt uiteen in twee componenten. De eerste, de ‘functies en anatomische eigenschappen’, heeft betrekking op de psychologie, fysiologie en anatomie. De tweede component, de ‘activiteiten en participatie’, gaat over uitvoering van individuele acties en over deelname aan de samenleving. Om het verschil aan te geven tussen rehabilitatie en behandeling is de ICF zeer geschikt. Behandeling heeft als voornaamste doel om stoornissen terug te dringen in de functies en anatomische eigenschappen van individuen (dit omvat ook stoornissen in de psychische functie en zal verder kortweg worden aangeduid met ‘stoornissen’). Rehabilitatie beoogt resultaten op de andere component, namelijk de activiteiten en participatie. Dit houdt in dat rehabilitatie niet gebonden is aan een stoornis.

Het belang van het onderscheid tussen enerzijds ‘stoornissen’ en anderzijds ‘activiteiten en participatie’ werd in de jaren voor de publicatie van de ICF al breder erkend. Zo gaven onder andere Dickerson e.a. (1999) en Green e.a. (2000) aan dat de behandeling van hallucinaties en wanen van mensen met een schizofrenie niet leidt tot verbeteringen in hun sociale en maatschappelijke functioneren. Van der Gaag e.a. (2000) baseren zich op Hegarty e.a. (1994) en spreken van ‘domeinspecificiteit’: behandeling vermindert stoornissen maar leidt niet tot verbeteringen van de participatie in de samenleving (waar rehabilitatie zich op richt). Natuurlijk gaan in de dagelijkse praktijk behandeling en rehabilitatie vaak hand in hand. Bij een individu kunnen stoornissen en participatieproblemen zich immers tegelijk voordoen en elkaar beïnvloeden. Echter, om rehabilitatie verder te ontwikkelen en wetenschappelijk te onderzoeken is een heldere afbakening van het beoogde resultaat cruciaal.

### **Definitie**

Mijn voorstel is dus om het begrip rehabilitatie te beperken tot de hulpverleningsvormen die aan het volgende criterium voldoen: het richt zich primair op de activiteiten en participatie van cliënten. Bij het vergroten van de activiteiten en participatie zijn de eigen doelen van de cliënt onmisbaar. Het gaat daarbij niet alleen om doelen die al kant-en-klaar aanwezig zijn. De cliënt kan zich namelijk in vier fasen tot zijn doel verhouden. Het kan zijn dat een cliënt zich nog aan het oriënteren is of hij wel een doel wil stellen (fase ‘verkennen’). Het is ook mogelijk dat hij weet dat hij een doel wil stellen maar nog niet precies weet welk doel (fase ‘kiezen’). Fase ‘verkrijgen’ verwijst naar een specifiek gesteld doel dat nog verkregen moet worden, terwijl fase ‘behouden’ betrekking heeft op een doel dat een cliënt heeft verkregen maar dat zonder extra interventie verloren dreigt te gaan. Als definitie stel ik voor: Rehabilitatie is mensen met beperkingen ondersteunen bij het verkennen,

kiezen, verkrijgen en behouden van hun activiteiten- en participatiedoelen. Net zoals behandeling is onder te verdelen in individuele therapie en milieutherapie, is er bij rehabilitatie sprake van individuele rehabilitatie en milieurehabilitatie. De doelgroep van rehabilitatie bestaat niet alleen uit mensen met (ook korter durende) psychiatrische beperkingen maar evenzeer uit mensen met beperkingen buiten de psychiatrie. Deze definitie wil verwatering tegengaan: als je als hulpverlener aan rehabilitatie doet, ga je uit van de activiteiten- en participatiedoelen van de cliënt, ook als deze doelen nog niet helder zijn. Je richt je specifiek op zijn gewenste deelname aan de samenleving (zoals werken, leren, wonen en vrije tijd) en je dringt daarbij niet je eigen ideeën op. Helaas komt dit in de huidige GGZ nog maar weinig voor, zo constateren ook Kolenberg (2009) en Driedonks & Roza (elders in dit nummer).

### **Eerherstel van de eigen doelen**

De koppeling van rehabilitatie met eerherstel – dat is in het Nederlands immers de eerste betekenis – roept soms vragen op. Cliënten zouden namelijk niet onterecht in hun eer zijn aangetast, dus waarom zouden ze dan moeten worden gerehabiliteerd? Zou je het woord rehabilitatie vanwege dat misverstand niet beter kunnen afschaffen en vervangen door ‘revalidatie’? Toch wil ik een pleidooi houden voor het voorlopig blijven hanteren van de term rehabilitatie. Hulpverleners nemen, zoals gezegd, ook nu nog veelvuldig beslissingen over zaken die cliënten best zelf kunnen bepalen. Nog steeds benadrukt de cliëntenbeweging dat hulpverleners de inbreng van cliënten vaak niet serieus nemen.

Het eerherstel slaat niet zozeer op de cliënt als persoon maar op de eigen doelen van cliënten. Rehabilitatie wil de activiteiten- en participatiedoelen van cliënten in ere herstellen. Zolang de hulpverlener nog vaak voor de cliënt denkt wat het beste voor hem is, in plaats van samen uit te zoeken wat hij zelf wil in zijn dagelijks leven en hoe hij dat wil bereiken, is rehabilitatie ook in de zin van eerherstel voorlopig zeer relevant.

## **Rehabilitatieopvattingen**

De verschillende vormen van hulpverlening in Nederland die zichzelf ‘rehabilitatie’ noemen, zijn te ordenen aan de hand van het resultaat dat zij primair beogen, waarbij de ICF en de zojuist beschreven definitie van rehabilitatie het uitgangspunt zijn. Ik zal hier de oude hantering van de term tussen aanhalingstekens zetten (‘rehabilitatie’). Voor de rest hanteer ik de hierboven beschreven definitie.

Sommige hulpverleningsvormen richten zich primair op de stoornissen, namelijk cognitieve ‘rehabilitatie’ een aantal Libermanmodules en rationele ‘rehabilitatie’. Om die reden stel ik voor om hen niet te omschrijven als rehabilitatievormen maar als vormen van behandeling. Andere vormen van hulpverlening zijn, heel algemeen, gericht op het vergroten van de kwaliteit van leven van cliënten, zoals functioneringsgerichte ‘rehabilitatie’, de integrale ‘rehabilitatie’-benadering en de revalidatiemodules uit Assen. Zij zijn daarom geen vormen van behandeling of rehabilitatie, maar richten zich op beide componenten van gezondheid: zowel op de stoornissen als op de activiteiten en participatie. Dit omschrijf ik met ‘algehele zorg’. Rehabilitatiehulpverleningsvormen kunnen toename van de activiteiten en participatie van cliënten nastreven via het individu of via een milieu (of een groep). Individuele vormen van rehabilitatie zijn de individuele plaatsing en steun (IPS) en de individuele rehabilitatiebenadering (IRB). Via een milieu of een groep zijn er de Engelse revalidatieschool, enkele Libermanmodules, milieurehabilitatie, de rehistoriserende benadering en trainingen in praktische en sociale vaardigheden.

**Schema 1** Hulpverleningsvormen die in Nederland (soms) met ‘rehabilitatie’ worden aangeduid

<b>rehabilitatie</b>		<b>behandeling</b>
gericht op vergroting van activiteiten en participatie		gericht op vermindering van stoornissen
via het individu	via een milieu of een groep	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cognitieve ‘rehabilitatie’</li> <li>• Libermanmodules: antipsychotische medicatie; psychotische symptomen; verslaving</li> <li>• rationale ‘rehabilitatie’</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• individuele plaatsing en steun (IPS)</li> <li>• individuele rehabilitatiebenadering (IRB)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engelse revalidatieschool</li> <li>• Libermanmodules: vrije tijd; werk; sociale relaties en intimiteit; woonvaardigheden; verzorging</li> <li>• milieurehabilitatie</li> <li>• rehistoriserende benadering</li> <li>• trainingen in praktische en sociale vaardigheden</li> </ul>	

**algehele zorg**

gericht op kwaliteit van leven en daarmee op:

vermindering van stoornissen én vergroting van activiteiten en participatie

- functioneringsgerichte ‘rehabilitatie’
- integrale ‘rehabilitatie’-benadering
- revalidatiemodules uit Assen

Deze hulpverleningsvormen passeren hier achtereenvolgens de revue. Eerst die onder algehele zorg vallen, daarna die onder behandeling vallen en ten slotte die onder rehabilitatie vallen.

### Vormen van algehele zorg

Functioneringsgerichte ‘rehabilitatie’ is omgevingsgericht en probeert het welbevinden van de cliënt te beïnvloeden door middel van diens functioneren. Uitgangspunt is dat er met de cliënt niets mis is, hoogstens is er iets mis in het samenspel met zijn omgeving. De omgeving is dan te weinig kansrijk. Functioneringsgerichte ‘rehabilitatie’ is toepasbaar op uiteenlopende doelgroepen en ook in probleemloze situaties. De theorie is gebaseerd op Banderol en op Bakker-de Pree (Boomsma, 2007; Prikkaart, 2006). Zij beschouwen klachten als een soort noodmaatregel om verdere persoonlijke ontregeling te voorkomen. De bedoeling is om de aandacht van de hulpverlening voor klachten om te draaien naar aandacht voor het gericht zijn op een kansrijke omgeving. Functioneringsgerichte ‘rehabilitatie’ richt zich niet specifiek op de stoornissen of op de activiteiten en participatie. Het primair beoogde resultaat is verbetering van het algemene, persoonlijke welbevinden van cliënten, waarmee het onder algehele zorg valt. De erbij gebruikte methodieken zijn te beschouwen als richtlijnen voor de attitude van hulpverleners.

De integrale ‘rehabilitatie’-benadering is gericht op het vergroten van de algemene levenskwaliteit van de cliënt. De daarbij gebruikte methodiek van het systematisch ‘rehabilitatie’-gericht handelen (SRH) onderscheidt drie sturingsprincipes: de wens van de cliënt, zijn psychosociale kwetsbaarheid, en de kwaliteit van het sociale milieu. Er wordt zo mogelijk uitgegaan van de wens van de cliënt. Als die (nog) geen duidelijke wens heeft, zijn de twee andere sturingsprincipes van toepassing en komt het initiatief meer bij de

hulpverleners te liggen. Het doel van de twee andere sturingsprincipes is om de deelname van de cliënt zo veel mogelijk te bevorderen opdat het sturingsprincipe ‘de wens van de cliënt’ weer richtinggevend kan zijn. De interventies van elk van de drie sturingsprincipes worden aangeduid

## stoornissen terugdringen

### is geen rehabilitatie

met ‘rehabilitatie’. Dat betekent dat interventies die primair beogen om stoornissen terug te dringen en daarmee de kwetsbaarheid te verminderen, binnen de context van de SRH ‘rehabilitatie’ worden genoemd (Wilken & Den Hollander, 1999).

De revalidatiemodules uit Assen, die vaak als vorm van ‘rehabilitatie’ worden gezien, richten zich specifiek op mensen met schizofrenie. De

modules beginnen bij erkenning door de cliënt van kwetsbaarheid, rouw en symptoommanagement. Ze omvatten voornamelijk allerlei vaardigheidstrainingen in groepen. De trainingen hebben bijvoorbeeld betrekking op cognitieve functiestoornissen, zelfverzorging, huishoudelijke vaardigheden, arbeidsrehabilitatie en maatschappijoriëntatie. Deze beogen dus de stoornissen én de activiteiten en participatie te beïnvloeden (Slooff e.a., 1994).

## Vormen van behandeling

Cognitieve ‘rehabilitatie’ (Velligan e.a., 2006) richt zich op het verbeteren van het gestoorde cognitieve functioneren of op het zo veel mogelijk omzeilen van deze stoornissen in het dagelijks functioneren, met name bij mensen met schizofrenie. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om cognitieve functies als aandacht, geheugen, het uitvoeren van taken, en om psychomotorische snelheid. Cognitieve ‘rehabilitatie’ kent twee stromingen. De ene richt zich op het verbeteren van het cognitieve functioneren door middel van training van de cognitieve functies (bijvoorbeeld de *cognitive remediation* of de cognitieve revalidatie). De andere richt zich op het compenseren van de tekorten door het inzetten van allerlei hulpbronnen, zoals de *cognitive adaptation*-training. Beide stromingen richten zich primair op de stoornissen. De ene stroming richt zich op het direct terugdringen, de andere op het compenseren van de stoornis. Door deze focus heb ik cognitieve ‘rehabilitatie’ ingedeeld als vorm van behandeling.

De Libermanmodules (Lieberman, 1988; Liberman & Eckman, 1989) zijn niet te beschouwen als een samenhangende hulpverleningsvorm; het zijn acht afzonderlijke modules die in twee groepen uiteenvallen. De eerste groep omvat drie modules die zich richten op de stoornissen, namelijk: ‘Omgaan met anti-psychotische medicatie’, ‘Omgaan met psychotische symptomen’ en ‘Omgaan met verslaving’. Daarmee zijn dit behandelmodules. De tweede groep omvat vijf modules gericht op de activiteiten en participatie van cliënten. Deze rehabilitatiemodules zijn: ‘Omgaan met vrije tijd’, ‘Omgaan met werk’, ‘Omgaan met sociale relaties en intimiteit’, ‘Woonvaardigheden’ (*living skills*) en ‘Verzorging’ (*grooming*). Het betreft vaardigheidstrainingen voor groepen cliënten. De trainers zijn over het algemeen verpleegkundigen. De modules zijn opgebouwd volgens een vast stramien. Alle vaardigheden die worden geleerd zijn ondergebracht in vier vaardigheidsdomeinen die op hun beurt weer zijn onderverdeeld in ieder zeven leeractiviteiten. Deze stappen (bijvoorbeeld: video, rollenspel, praktische oefeningen en huiswerk) zijn nodig om de vaardigheid te leren. De leeractiviteiten zijn voor elk

vaardigheidsdomein hetzelfde (Blankman, 2000). Bij de trainingen wordt veel herhaald en worden vaak complimenten gegeven. De Libermanmodules zijn niet te beschouwen als een gezamenlijke eenheid ten behoeve van één doel. Elke module heeft wel een eigen focus op óf de stoornis óf op de activiteiten en participatie, en is om die reden in het schema ingedeeld bij behandeling of bij rehabilitatie.

Rationele ‘rehabilitatie’ is een methode voor het leren controleren van wanen. Een waan is een opvatting over de werkelijkheid die niet overeenkomt met de algemeen geaccepteerde opvatting. Rationele ‘rehabilitatie’ behandelt deze waanstoornis door het gezonde verstand in ere te herstellen. Appelo (2000) richtte zich in eerste instantie op mensen met schizofrenie die, ondanks het gebruik van antipsychotica, last bleven houden van wanen en daardoor problemen ondervonden bij het bereiken van hun doelen. Rationele ‘rehabilitatie’ is ontstaan door roltherapie en cognitieve gedragstherapie met elkaar te combineren. Bij roltherapie speelt de cliënt een script over de door hem gewenste toestand. Cognitieve gedragstherapie heeft als aangrijpingspunt de gedachten die ten grondslag liggen aan gevoelens en gedragingen. Rationele ‘rehabilitatie’ gaat uit van het principe dat ongewenste gedachten alleen maar uitdoven wanneer gewenste gedachten worden versterkt. Rationele ‘rehabilitatie’ richt zich primair op de stoornis en is daarmee een vorm van behandeling.

### **Vormen van rehabilitatie**

De Engelse rehabilitatieschool richt zich vooral op de fysieke en sociale omgeving van cliënten. Deze beweging tegen grootschalige psychiatrische instellingen streeft naar plaatsen voor dagbesteding en kleinschalige woonomgevingen in de samenleving. In zo’n afdeling in een woonhuis (*a ward in a house*) streeft men naar een meer menselijke benadering van de veelal achtergestelde chronisch psychiatrische cliënten. De Engelse rehabilitatieschool hanteert geen methodieken, maar legt het zwaartepunt op het milieu, op de organisatie van de zorg en op een respectvolle bejegening. Ze legt nadruk op het creëren van protheses voor cliënten met beperkingen. Met de juiste protheses kan de cliënt optimaal gebruikmaken van zijn vermogens, zodat hij op het voor hem best mogelijke niveau kan functioneren in een zo normaal mogelijk sociaal kader. Met ‘functioneren’ wordt expliciet bedoeld op de activiteiten en participatie losstaand van de stoornissen, waarmee het beschouwd kan worden als vorm van rehabilitatie (Shepherd, 1989; Watts & Bennett, 1991).

De Libermanmodules ‘Omgaan met vrije tijd’, ‘Omgaan met werk’, ‘Omgaan met sociale relaties en intimiteit’, ‘Woonvaardigheden’ (*living skills*) en ‘Verzorging’ (*grooming*) richten zich op de activiteiten en participatie, en behoren daarmee tot de groepsgewijze rehabilitatie.



Milieurehabilitatie beoogt de activiteiten en participatie van een aantal cliënten tegelijkertijd te vergroten door beïnvloeding van het milieu. Cruciaal hierbij is een zo groot mogelijke betrokkenheid van cliënten bij alle fasen van het proces. Door interventies in het milieu kan direct een verbetering van de activiteiten en participatie van cliënten bereikt worden. De methodiek van de milieurehabilitatie stelt dat individuele rehabilitatietrajecten via de IRB de voorkeur verdienen. Milieurehabilitatie kan gebruikt worden om een milieu meer geschikt te maken voor het toepassen van de IRB (De Jong & Van Wel, 2008).

De rehistoriserende benadering gaat uit van het maken van het eigen levensverhaal van de cliënt. Dit staat in contrast met het beperkte verhaal van de ziektegeschiedenis. Aan familie wordt een belangrijke plaats toegekend. Petry (1995) spreekt van ‘synchronisatie van de triade (patiënt-familie-hulpverlener)’ waarbij op basis van onderling vertrouwen en echtheid een gelijkwaardige, machtsvrije dialoog mogelijk is. De essentie is dat de cliënt, zijn familie en hun omgeving worden uitgenodigd zichzelf weer als een sociaal verband te beschouwen en hun levensgeschiedenis(sen) in onderlinge samenhang leren zien. Van belang is dat de hulpverlener ‘deprofessionaliseert’ en de cliënt ‘dechronificeert’. Petry geeft aan dat ‘het gevoel van patiënt-zijn’ uiteindelijk verdwijnt. De rehistoriserende benadering is methodisch weinig uitgewerkt en biedt veeleer uitgangspunten voor de visie en attitude van hulpverleners. Het sociale milieu (met name de triade) is een middel tot eerherstel en participatie. Richtinggevend voor de hulpverlener is het vervullen van rollen van de cliënt in de samenleving. Daarmee ligt de nadruk op de activiteiten en participatie van de cliënt en is de aandacht voor de stoornissen daaraan ondergeschikt.

Trainingen in praktische en sociale vaardigheden zijn beschikbaar in allerlei varianten, die soms worden aangeduid met rehabilitatie. De praktische vaardigheden kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op schoonmaken, koken, boodschappen doen en persoonlijke verzorging. Voorbeelden van sociale vaardigheden zijn een praatje maken en grenzen aangeven. De trainingen vinden meestal plaats in een groep en kunnen gebaseerd zijn op een protocol, zoals de Goldsteintrainingen. Als het primaire doel het aanleren van vaardigheden is, of rollen in de samenleving ondersteunen, gaat het over de activiteiten en participatie van cliënten en is het daarmee een vorm van rehabilitatie.

Individuele plaatsing en steun (IPS) is een uit Amerika afkomstig arbeidsrehabilitatieprogramma (Van Erp e.a., 2005). De IPS-trajectbegeleider richt zich louter op betaald werk, is lid van een GGZ-team en leidt cliënten snel toe naar werk dat aansluit bij hun voorkeuren. Het is de bedoeling dat zowel de cliënten zelf als ook de mensen in de werkomgeving van de cliënt, langdurig kunnen worden ondersteund. Het IPS-implementatiepakket

omvat vooral uitgangspunten en organisatieprincipes, en beschikt niet over gesprekstechnieken.

De individuele rehabilitatiebenadering (IRB) is de Nederlandse bewerking van de rehabilitatiebenadering van de Universiteit van Boston (Amerika) en richt zich op het vergroten van de activiteiten en participatie van cliënten, door ondersteuning bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun doelen. Hierbij worden gedetailleerd uitgewerkte gesprekstechnieken gehanteerd waarin het doel van de cliënt (over bijvoorbeeld wonen, werken, dagbesteding of leren) centraal staat. Typerend is dat niet eraan voorafgaand, maar pas nadat de cliënt zijn doel (vaak na degelijk onderzoek) heeft vastgesteld, onderzocht wordt welke vaardigheden en hulpbronnen daarvoor onmisbaar zijn. De IRB-gesprekstechnieken bieden hulpverleners allerlei gereedschappen, bijvoorbeeld bij het opzetten van een individuele vaardigheidsles of bij het analyseren waarom trajecten inzakken. Omgaan met stoornissen, het milieu en het levensverhaal komen aan de orde voor zover dat bij het uitwerken van de doelen van de cliënt nodig is. Het gaat om het voortdurend terugkeren naar wat de cliënt wil, en het aansluiten bij de fase waarin de cliënt verkeert ten aanzien van zijn doel (Luijten e.a., 2008).

### **Andere vormen**

Bovenstaande opsomming is niet volledig. Dit komt mede doordat het begrip ‘rehabilitatie’ niet eenduidig gehanteerd wordt. Naast de vermelde hulpverleningsvormen die in de Nederlandse praktijk (soms) met ‘rehabilitatie’ worden aangeduid, noem ik het *strengths*-model, kwartiermaken, maatschappelijke steunsystemen en bemoeirehabilitatie apart.

Hoewel het niet gebruikelijk is om het *strengths*-model (Rapp & Goscha, 2006) aan te duiden met ‘rehabilitatie’, is het in het rehabilitatielandschap wel relevant. Het is een casemanagementmodel dat is ontwikkeld als reactie op traditionele benaderingen die de stoornissen en tekortkomingen van cliënten benadrukken. Het model is expliciet gericht op de kwaliteiten van individuen, en op de doelen van de cliënt zelf. Men beziet de samenleving niet als een obstakel maar als een ‘oase’ van hulpbronnen. Kenmerkend daarbij is het zoeken naar de *perfect niche*, dat wil zeggen een passende omgeving waarin eigenaardigheden kunnen uitgroeien tot een kracht. Volgens de modelgetrouwheidscriteria is de hechte relatie met de casemanager essentieel, heeft de casemanager een *caseload* van vijftien cliënten in een klein team met vier collega’s die allen 100% van hun tijd casemanagementtaken uitvoeren. Het contact vindt altijd plaats in de samenleving en de zelfbeschikking van de cliënt staat centraal. De beoogde resultaten van het *strengths*-model zijn algemeen van aard, zoals kwaliteit

van leven, tevredenheid en *empowerment*. Rapp en Goscha vermijden de term ‘rehabilitatie’ en leggen geen nadruk op vaardigheidstrainingen omdat daarmee dan de beperkingen en tekortkomingen te veel benadrukt zouden worden. In schema 1 zou het *strengths*-model vallen onder ‘algehele zorg’ maar aangezien dit model geen ‘rehabilitatie’ wordt genoemd, heb ik het buiten het schema gelaten.

Kwartiermaken (Kal, 2001) betekent letterlijk het voorbereiden van een verblijfplaats voor een groep nieuwelingen. Daarbij wordt gedoeld op het bevorderen van een maatschappelijk klimaat waarin (meer) mogelijkheden ontstaan voor mensen met een psychiatrische achtergrond en voor vele anderen die met dezelfde vormen van uitsluiting kampen. In dit verband noemt Kal het belang van vriendendiensten, multilogen en de presentiebenadering. Kwartiermaken grijpt de sociale omgeving aan om de participatie van cliënten aan de samenleving te bevorderen. De reden om kwartiermaken toch niet te beschouwen als een variant van rehabilitatie heeft te maken met de keuze om rehabilitatie te zien als een vorm van hulpverlening, terwijl kwartiermaken in eerste instantie de samenleving als aangrijpingspunt heeft.

Maatschappelijke steunsystemen zijn verbanden waarin GGZ- en andere hulp- en dienstverleners samen met belangenbehartigers, familie en lotgenoten rond individuele of groepen cliënten samenwerken om mensen met beperkingen te helpen in de maatschappij staande te blijven. Maatschappelijke steunsystemen hebben dus in de eerste plaats een vangnet- en steunfunctie. Net als kwartiermakersprojecten ondersteunen ze cliënten bij hun deelname aan de samenleving. De reden om maatschappelijke steunsystemen toch niet als een vorm van rehabilitatie te beschouwen, is dat rehabilitatie wordt gezien als een hulpverleningsvorm terwijl maatschappelijke steunsystemen in eerste instantie een organisatieprincipe van beschikbare hulp en ondersteuning vertegenwoordigen.

In 2008 is in dit tijdschrift gepubliceerd over de controversiële term bemoeirehabilitatie (Van Wel e.a., 2008). De term heeft betrekking op een project om zorgwekkend inactieve jongeren met behulp van financiën individueel te verleiden om activiteiten te ondernemen die zij leuk vinden. Het ‘bemoeien’ heeft betrekking op het inventief doorzetten, ook als de jongere in eerste instantie afhoudt. Het rehabilitatieaspect houdt in dat ondersteuning bij het vergroten van de activiteiten en participatie van de inactieve jongere centraal staat. Tegelijkertijd benadrukt het enerzijds dat zo dicht mogelijk moet worden aangesloten bij de vermoede voorkeuren van de jongere, en anderzijds dat de interventie niet op zichzelf staat maar beoogt om reguliere individuele rehabilitatietrajecten op gang te brengen. Bemoeirehabilitatie is met slechts één type interventie in één afdeling in

Nederland nog niet te beschouwen als een hulpverleningsvorm vergelijkbaar met die in schema 1, en is er om die reden niet in opgenomen.

Met deze opsomming van hulpverleningsvormen doe ik uitdrukkelijk geen uitspraak over de waarde van de verschillende vormen voor de dagelijkse praktijk. Ik ben ervan overtuigd dat rehabilitatie een belangrijke bijdrage levert aan de ondersteuning van herstel en, met name rehabilitatie via het individu, in toenemende mate wetenschappelijk wordt onderbouwd en daarmee ‘evidence based’ is. Om die redenen zijn hulpverleningsvormen die vallen onder ‘algehele zorg’ en ‘behandeling’ niet minder belangwekkend. Het doel van dit artikel was om enige ordening voor te stellen in het vaak chaotische gebruik van de term ‘rehabilitatie’ om te voorkomen dat rehabilitatie ontaardt in een kleurloze brij. Want een kleurloze brij is de dood in de pot voor vernieuwingen. Als we immers van alles onder rehabilitatie verstaan, kan de GGZ alles zo laten als het is, want ‘we doen toch al rehabilitatie...?’



#### Noten

- \* Dank gaat uit naar dr J. Dröes met wie een eerdere versie van dit artikel is geschreven dat als hoofdstuk verschenen is in: L. Korevaar & J. Dröes (red.) (2008). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

#### Literatuur

- Appelo, M. (2000). Rationele rehabilitatie. Een nieuwe methode voor het leren controleren van wanen. In M. Nuy (red.), *Rehabilitatie. Een oriëntatie en een beschrijving van drie benaderingswijzen*. Amsterdam: SWP, p. 71-77.
- Blankman, H. (2000). De Liberman-modules en haar toepassingsmogelijkheden. In M. Nuy (red.), *Rehabilitatie. Een oriëntatie en een beschrijving van drie benaderingswijzen*. Amsterdam: SWP, p. 48-53.
- Boomsma, J. (2007). *Gewoon doen. Evaluatie-onderzoek naar de implementatie van Functioneringsgerichte Rehabilitatie*. Groningen: Hanzehogeschool.
- Dickerson, F., Boronow, J.J., Ringel, N. e.a. (1999). Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 37, 13-20.
- Erp, N. van, Giesen, F, Leeuwen, L. van, & Weeghel, J. van (2005). *Implementatie van Individual Placement and Support (IPS) in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gaag, M. van der, Pieters, G., & Shepherd, G. (2000). Rehabilitatie: omvang, organisatie en effectiviteit. In G. Pieters & M. van der Gaag (red.), *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, p. 1-13.
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L. e.a. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the ‘right stuff’? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- Hegarty, J.D., Balderssarrini, R.J., Tohen, M. e.a. (1994).

- One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409-1416.
- Jong, M. de, & Wel, T. van (2008). Milieurehabilitatie. Een methode om via de omgeving met maximale betrokkenheid van cliënten hun activiteiten en participatie te vergroten. In L. Korevaar & J. Dröes (red.), *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho, p. 153-168.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Boom.
- Kolenberg, A. (2009). *Werk in behandeling. Onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis*. Nieuwegein: CrossOver / LPGGz.
- Lieberman, R.P. (ed.) (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press Inc.
- Lieberman, R.P., & Eckman, T.A. (1989). Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities. Overcoming obstacles to the utilisation of a rehabilitation innovation. *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl. 5).
- Luijten, E., Korevaar, L., & Dröes, J. (2008). De Individuele Rehabilitatie-Benadering. In L. Korevaar & J. Dröes (red.), *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho, p. 127-152.
- Michon, H., & Weeghel, J. van (2008). *Rehabilitatieonderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000-2007*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nuy, M. (2000). *Een oriëntatie en een beschrijving van drie benaderingswijzen*. Amsterdam: SWP.
- Petry, D. (1995). Rehabilitatie. De zorg voor chronische en ex-psychiatrische cliënten. In M.H.R. Nuy & E.H. van Lisdonk (red.), *Medicus en maatschappij. Leerboek complexe maatschappelijke problematiek ten behoeve van geneeskundigen in opleiding*. Utrecht: SWP, p. 321-339.
- Prickarts, J. (2006). *Functioneringsgerichte rehabilitatie. De cliënt als persoon centraal in de kansrijke omgeving*. Nijmegen: Loekx.
- Rapp, C.A., & Goscha, R.J. (2006). *The strengths model. Case management with people with psychiatric disabilities. Second edition*. New York: Oxford University Press.
- Shepherd, G. (1989). *Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische cliënt*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Slooff, C.J., Appelo, M.T., Berkenbosch, I.M. e.a. (red.) (1994). *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie*. Assen/Groningen: Projectenprogramma Woonrevalidatie.
- Velligan, D.I., Kern, R.S., & Gold, J.M. (2006). Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 474-485.
- Watts, F.N., & Bennett, D.H. (red.) (1991). *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wel, T. van, Rusting, T., & Eenden, E. van den (2008). Bemoeirehabilitatie bij zorgwekkend inactieve jongeren. Het ABC-buddyproject. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63, 821-833.
- Wilken, J.P., & Hollander, D. den (1999). *Psychosociale Rehabilitatie. Een integrale benadering*. Utrecht: SWP.
- World Health Organization (2001). *ICF. International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.

### Samenvatting

T. van Wel

'Rehabilitatie: geen kleurloze brij. Over rehabilitatieopvattingen in Nederland'.

► In Nederland wordt onder het modewoord 'rehabilitatie' van alles verstaan. Hierdoor onttaardt rehabilitatie in een kleurloze brij die niet te onderscheiden is van andere hulpverleningsvormen. Dat staat innovatie van de praktijk in de weg. Dit artikel

stelt voor om rehabilitatie te zien als een hulpverleningsvorm aan mensen met beperkingen bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun activiteiten- en participatiedoelen. Het overzicht gaat uit van zeven vormen van rehabilitatie in Nederland. Andere hulpverleningsvormen – die overigens niet minder belangwekkend zijn – die als rehabilitatie te boek staan, kunnen beter ‘behandeling’ of ‘algehele zorg’ genoemd worden.

**Personalia**

Dr T.F. van Wel (1962), medisch socioloog en gz-psycholoog, is beleidspsycholoog / onderzoeker bij Altrechts *ABC - voor jongeren met een psychotische kwetsbaarheid* en docent/consulent aan Stichting Rehabilitatie '92, beide te Utrecht. Hij promoveerde in 2002 op rehabilitatie.

t.van.wel@altrecht.nl.