

Supplement bij Neuron 2009; Vol 14 (Speciaal nummer)

De nazorg bij schizofreniepatiënten

Dubois V, Masson AM, De Nayer A, Pirson O, Delatte B, Gillain B,
Mallet L, Domken MA, Floris M, Stillemans E, Detraux J

1.	Inleiding	4
2.	Definities en doelstellingen	4
2.1.	Revalidatie (<i>rehabilitation</i>)	5
2.2.	Rehabilitatie	5
2.3.	Herstel (<i>recovery</i>)	5
2.4.	Integratie en reïntegratie	5
2.5.	Pathologie, gebrek, invaliditeit, handicap	5
3.	Revalidatie: een realistische optie?	6
3.1.	Evolutie van symptomen/syndromen	6
3.1.1.	Remissie/herstel	6
3.1.2.	Risico op heropname	8
3.2.	Psychosociale en professionele evolutie	9
3.2.1.	Psychosociale ontwikkeling en integratie	9
3.2.2.	Professionele ontwikkeling en integratie	9
4.	Interventies en zorgplannen	10
4.1.	Behandelplan voor nood- en crisissituaties	10
4.2.	Zorgcontracten	11
5.	Organisatiemodellen voor de nazorg	11
6.	Professionele reïntegratie	13
6.1.	Het voorbereiden van een reïntegratie in het onderwijsnetwerk of het arbeidsproces	13
6.2.	Belemmeringen en stimulansen voor de professionele reïntegratie	14
7.	Evaluatie	14
7.1.	Algemene principes	14
7.2.	Evaluatierreinen	15
7.3.	Meetinstrumenten voor de persoonlijke behoeften	15
8.	Conclusie	16

1. Inleiding

Schizofrenie is een chronische ziekte, die in de meeste gevallen het hele leven lang behandeld moet worden. Veel schizofreniepatiënten houden zich echter na de eerste ziekenhuisopname niet aan hun behandeling, wat het risico op herval vergroot. Volgens een onderzoek van Morken et al. (1) bijvoorbeeld, is het risico op een heropname vier keer groter als de patiënten zich niet aan de behandeling houden. Omdat een gebrek aan therapietrouw ernstige gevolgen kan hebben, is het van groot belang dat het zorgteam samen met elke patiënt een behandelplan opstelt om het risico op een terugval te beperken. Naast medicatietrouw zijn ook psycho-educatie, deelname aan het arbeidsproces, opleiding, integratie in de maatschappij, samenwerking met en begeleiding door een vaste hulpverlener belangrijke factoren voor een succesvolle psychiatrische revalidatie. In de praktijk komt revalidatie meestal pas in tweede instantie (na een behandelingsfase) aan de orde, en vormt bijgevolg geen integraal onderdeel vanaf het begin (2). Toch blijkt steeds duidelijker uit de literatuur dat het revalidatieproces al zou moeten starten bij het begin van de behandeling (3). De meeste psychiaters beschouwen symptoombestrijding en het bereiken van remissie¹ als de belangrijkste doelen bij de behandeling van schizofrenie. Revalidatie in deze fase heeft als doel remissie te bereiken of de symptomen doeltreffend te verlichten, stressfactoren te minimaliseren, steun te bieden om het risico op een terugval te beperken en rehabilitatie te bevorderen door adaptieve strategieën aan te leren. In dit stadium zijn een goede medicatietrouw en specifieke psychosociale interventies waarschijnlijk van doorslaggevend belang om het risico op een terugval te beperken (4-6). In tweede instantie is de psychiatrische revalidatie gericht op reïntegratie in de maatschappij (7). Tijdens de revalidatie moet de patiënt de nodige middelen en vaardigheden krijgen om zich aan te passen, te leren, te werken, zich te integreren in de maatschappij en een zo normaal mogelijk leven te leiden met zijn tekorten en bekwaamheden.

Op grond van tal van sociale, humanitaire, wetenschappelijke en economische overwegingen, werd er gesuggereerd dat het mogelijk en wenselijk is dat mensen met een psychische stoornis zo snel mogelijk weer deelnemen aan het gemeenschapsleven. De psychiatrische revalidatie wordt nu duidelijk bepaald door het biologisch-psychosociale karakter ervan. Voor de psychiatrische revalidatie moet een interdisciplinair team worden samengesteld bestaande uit deskundigen op verschillende terreinen die elkaar aanvullen (3). Bij ontslag uit het ziekenhuis zijn er diverse zaken die geregeld moeten worden: de inname van geneesmiddelen, de vorming van een sociaal netwerk, de economische autonomie en de professionele reïntegratie. Bij het plannen van interventies is overleg tussen de hulpverleners en de patiënt noodzakelijk en dient men rekening te houden met de sterke en zwakke punten van de patiënt

Om het risico op een terugval bij mensen met psychosen te beperken, is een psychiatrische revalidatie onmisbaar. Deze dient ingezet te worden vanaf het begin van de behandeling.

(3). De revalidatie kan een succes worden als de patiënt, zijn familie en het behandelteam zich daar gezamenlijk voor inzetten.

De revalidatie is dus een cruciale fase voor mensen met een chronische aandoening zoals schizofrenie, die hen hoop geeft op een terugkeer naar een volwaardig leven. Zonder revalidatieproces is de kans veel groter dat iemand met schizofrenie zich als een chronische zieke gaat beschouwen (2). Dat leidt tot stigmatisering en doorgaans ook tot marginalisering (3).

2. Definities en doelstellingen

Revalidatie is een term die veelvuldig gebruikt wordt. Toch blijkt het om een dubbelzinnig en

slecht begrepen concept te gaan (8). Omdat er geen duidelijke en nauwkeurige definitie bestaat, rijzen er twee soorten problemen:

- het begrip revalidatie is te vaag;
- er zijn geen criteria om de revalidatieprogramma's te evalueren, en geen theoretisch kader om vernieuwingen te evalueren en te reproduceren. Daardoor kunnen we geen valide resultaten behalen (9,10).

Omwille van deze redenen zullen we eerst een aantal begrippen definiëren. In de Angelsaksische literatuur wordt meestal de term *rehabilitation* gebruikt voor het proces waarbij iemand zijn plaats in de samenleving weer inneemt (3). Volgens Barbès-Morin en Lalonde (3) en Lalonde (7) is de juiste vertaling van *rehabilitation* in het Frans *réadaptation* (revalidatie). In de Franstalige literatuur wordt soms het anglicisme *réhabilitation* gebruikt in dezelfde betekenis. Barbès-Morin en Lalonde stellen echter dat rehabilitatie het doel is dat wordt nagestreefd in het revalidatieproces: door revalidatie kunnen we hopelijk rehabilitatie en herstel bereiken (3). In de Angelsaksische literatuur wordt er geen onderscheid gemaakt tussen deze twee concepten (revalidatie

1. Behandeling op maat: de individualisering van de behoeften en de diensten, individuele hulpverlening op maat (need for individually tailored interventions). Iedereen heeft andere behoeften. Het revalidatieproces moet dus geïndividualiseerd zijn, dit voor wat de hulpverlening, de duur, frequentie, enzovoort betreft. Revalidatie is geen algemene procedure voor alle patiënten met schizofrenie, maar afgestemd op de individuele patiënt.

2. Gericht op de omgeving: het accent ligt op de persoon in zijn omgeving. Om de aanpassing van de patiënt te bevorderen, moet de hulpverlening niet alleen gericht zijn op de patiënt, maar ook op het milieu waarin hij verkeert (de familie, het sociale netwerk en de werkomgeving). De hulpverlening moet voor een deel gericht zijn op het veranderen van de psychosociale omgeving, dat wil zeggen de houding en de manier van functioneren van de maatschappij die de aanpassing van mensen met een ernstige psychische stoornis in de weg staan (het publiek informeren, de medische diensten en de opvangstructuren veranderen, enzovoort).

3. Gericht op de sterke punten/bekwaamheden: de capaciteiten van de patiënt optimaal gebruiken, ondanks de aanwezigheid van de psychische stoornis. Bij de revalidatie staan de sterke punten van de patiënt centraal, het gezonde deel van zijn ego. Iedereen, zelfs mensen met een ernstige handicap, is in staat om zijn/haar niveau van functioneren te verbeteren. Er is altijd een intact deel van het ego dat vatbaar is voor de behandeling.

4. Hoop geven: hoop is een essentieel onderdeel van de revalidatie.

5. Gericht op het arbeidspotentieel: de waarde van het werk en het optimisme wat het arbeidspotentieel van de mensen betreft. Bij revalidatie gaan we uit van het idee dat iedereen werk nodig heeft en dat werken de integratie bevordert. Men moet blijven geloven dat mensen productief kunnen zijn, zelfs als ze ernstig gehandicapt zijn door hun psychische stoornis. Patiënten met schizofrenie moeten werk krijgen dat beantwoordt aan de sociale realiteit. Het hoeft hierbij niet te gaan om een volledige dienstbetrekking, maar het dient wel flexibel, gediversifieerd werk te zijn, waarbij de behoeften van de werkgevers niet uit het oog worden verloren.

6. Geïntegreerde en volledige hulpverlening: hoe belangrijk werk ook is, het kan niet alle behoeften van de mens vervullen. Bij de revalidatie moet er dus ook veel aandacht zijn voor hobby's, huisvesting en het sociale netwerk.

7. Actieve betrokkenheid van de patiënt: de patiënt moet een actieve rol spelen bij de ontwikkeling van zijn revalidatieplan. Mensen met schizofrenie moeten en kunnen mee beslissen over hun eigen leven. We moeten dus geen dingen doen in het belang van de patiënt, maar hem de kans geven zelf te beslissen en te leren wat daar de gevolgen van zijn. Zelfbeschikking betekent ook dat de patiënt alle informatie over zijn ziekte krijgt, over de aard van zijn symptomen, de consequenties die daaruit voortvloeien en de behandelopties.

8. Continue begeleiding op lange termijn: het aspect 'continuïteit' van de behandeling bij de revalidatie. Revalidatie is een doorgaand proces, waarin continue zorg en steun nodig zijn. De hulpverlening moet bovendien voortdurend worden aangepast aan de ontwikkeling van de patiënt. Het is belangrijk dat de revalidatie niet wordt onderbroken bij opname van de patiënt.

9. Gebaseerd op een solide therapeutisch verbond: echte samenwerkingsverbanden. Revalidatie houdt in dat er concrete samenwerkingsverbanden ontstaan, een verbond en een vertrouwensrelatie.

Lexicon*

HANDELING/MIDDEL	DOELSTELLING/ DOEL
De revalidatie	De rehabilitatie
De revalidatie richt zich op de patiënt.	De rehabilitatie richt zich niet alleen op de patiënt, maar ook op zijn omgeving.
Een therapeutische aanpak die rekening houdt met de functionele beperkingen van de patiënt en streeft naar de maximale ontwikkeling van zijn bekwaamheden.	De rehabilitatie is gericht op het realiseren van de bekwaamheden van de patiënt in concrete situaties.
Dit ideaal komt tot stand door vormingsprocedures, sociale steun en therapietrouw. De hulpverlening is erop gericht de patiënt te steunen bij het zelfstandig worden en zijn levenskwaliteit te verhogen, door hem te begeleiden in zijn dagelijks leven en door het nastreven van zijn persoonlijke doelen.	Om dit ideaal te bereiken wordt de omgeving veranderd om stigmatisering te bestrijden, de houdingen en de negatieve ideeën van mensen over psychische stoornissen te veranderen en de aanpassing van de patiënt te bevorderen. De ondersteuningsprogramma's bij werk zijn een goed voorbeeld van een dergelijke praktijk.

* Revalidatie en rehabilitatie zijn concepten die worden gebruikt binnen een sociaal-professionele context, terwijl herstel een concept is dat binnen een zuiver klinische context wordt gebruikt.

en rehabilitatie) en wordt de term (*psychosocial rehabilitation*) voor beide gebruikt.

2.1. Revalidatie (*rehabilitation*)

Bachrach beschrijft revalidatie als een therapeutische strategie "om mensen met een psychische stoornis aan te moedigen hun bekwaamheden optimaal te ontwikkelen met behulp van een omgeving die vorming en sociale steun bevordert". Revalidatie is niet het tegenovergestelde van de psychiatrische en medicamenteuze behandeling (8). Er is dus geen reden om psychiatrische revalidatie en psychosociale revalidatie tegenover elkaar te stellen (7,8): de psychiatrische revalidatie is gericht op reïntegratie in de maatschappij (7). Psychiatrische revalidatie en psychosociale revalidatie zijn dus onderling verwisselbaar. Anthony en Liberman stellen dat artsen de behoeften van de patiënt goed kunnen onderkennen, maar dat het voor hen moeilijker is om te bepalen waaruit de revalidatie precies bestaat. Volgens deze auteurs zou revalidatie op lange termijn de vaardigheden moeten versterken die de patiënt nodig heeft om zich aan te passen, te leren, te werken, zich te integreren in de maatschappij en een zo normaal

Revalidatie houdt in dat aan de patiënt de nodige middelen en vaardigheden worden gegeven om zich aan te passen, te leren, te werken, te integreren in de maatschappij en een zo harmonieus mogelijk leven te leiden, rekening houdend met zijn tekorten en bekwaamheden. Revalidatie heeft tot doel mensen met schizofrenie te rehabiliteren.

mogelijk leven te leiden (11). Sartorius wijst erop dat revalidatie moet leiden tot een (herstel van de) levenskwaliteit die aanvaardbaar is voor mensen met een psychische stoornis, ondanks hun handicaps (12).

Bachrach noemt 9 principes die de grondslag vormen voor het revalidatieproces (8,13,14).

In het verleden was revalidatie uitsluitend een taak van de hulpverleners. De patiënt had niets in te brengen en kreeg alleen de voorschriften voor farmacologische of psychosociale behandelingen aangereikt. Vandaag hebben naast zorgverleners ook de patiënt zelf, zijn familie, omgeving en de gemeenschap zeggenschap.

2.2. Rehabilitatie

Hierbij gaat het erom een sociale context te ontwikkelen om de patiënt zijn waardigheid en plaats in de samenleving terug te geven. Het gaat hierbij niet om het veranderen van de patiënt, maar om het veranderen van onszelf en de maatschappij om zodoende vooroordelen en discriminatie te bestrijden (7). In het Engels verwijst *rehabilitation* naar de opeenvolging van handelingen waardoor iemand zijn rechten en bekwaamheden (willen, spreken, denken, werken, enzovoort) weer terugkrijgt, maar ook naar hoe een patiënt zijn leven zelf weer in handen kan nemen (15).

Bij rehabilitatie gaat het erom vooroordelen over mensen met een psychische stoornis te bestrijden, maar ook om het minderwaardigheidsgevoel van de patiënt zelf aan te pakken. Voor een succesvolle rehabilitatie moeten we dus (3):

- werken aan onszelf als behandelaar, aan onze waarden en houding;
- werken aan de patiënt, door de nadruk te leggen op zijn successen (en niet op zijn mislukkingen), zodat hij zijn zelfvertrouwen en daadkracht terugkrijgt;
- werken aan de maatschappij door vooroordelen te bestrijden, door te ijveren voor

toegang tot dezelfde voorzieningen en mogelijkheden, door discriminerende sociale maatregelen te bestrijden en door economische maatregelen te eisen die de integratie bevorderen.

2.3. Herstel (*recovery*)

In een eerder artikel van de groep over remissie, werd herstel gedefinieerd als een langdurige, symptoomvrije fase van remissie (symptoomvrij wil zeggen dat sleutelsymptomen zich in het gebied van de 'normaliteit' situeren, d.w.z. afwezig of vaag zijn), waarbij sprake is van een verbetering van het functioneren, de cognitie en de levenskwaliteit. Het herstel duurt langer/komt later dan de remissie. Herstel wil nog niet zeggen dat er geen behandeling nodig is (16). Als remissie langer dan zes maanden aanhoudt, spreken we niet langer van remissie, maar van herstel.

Als men een nieuwe hospitalisatie van de patiënt wil voorkomen, dient men het ontslag goed te plannen en de continuïteit van de zorg uiterst zorgvuldig te organiseren.

2.4. Integratie en re-integratie

De begrippen integratie en reïntegratie hebben vooral een sociale dimensie, en verwijzen naar de invoeging van de patiënt in een grotere gemeenschap. Dat kan de arbeidsomgeving zijn, maar tevens de sociale omgeving, aangezien het gaat om het bevorderen van de terugkeer van de psychotische patiënt in de maatschappij en van de toegang tot zijn rechten en plichten die gekoppeld zijn aan het gemeenschapsleven (15).

2.5. Pathologie, gebrek, invaliditeit, handicap

Anthony en Liberman hebben, op basis van eerder ontwikkelde concepten in de gezondheidszorg, een conceptueel model van de psychiatrische revalidatie uitgewerkt (11). Zij maken een onderscheid tussen vier niveaus waarop de psychische stoornis een impact kan hebben met de daaraan gekoppelde vereiste interventie:

- **pathologie** (*pathology*): een anatomische afwijking of laesie in de hersenen veroorzaakt door een proces of middel;
- **gebrek** (*impairment*): aantasting of afwijking van een structuur of fysiologische, psychologische of anatomische functie, veroorzaakt door de onderliggende pathologie, die leidt tot een gewijzigde hersenfunctie en tot het optreden van positieve symptomen (zoals wanen of hallucinaties), negatieve symptomen (zoals anhedonie) en cognitieve stoornissen. Diagnostische evaluatie en interventies zoals ziekenhuisopname, medicatie en psychotherapie zijn aangewezen;
- **invaliditeit** (*disability*): het onvermogen om

Tabel 1: Percentage schizofrene patiënten met behoeften, gemeten aan de hand van de *Camberwell Assessment of Needs*-schaal (26).

	% patiënten dat behoeften heeft met betrekking tot...	% behoeften geheel of gedeeltelijk vervuld	% behoeften absoluut niet vervuld	Verhouding niet vervuld/totaal
Psychotische symptomen	84	59,6	24,4	29,1
Sociale relaties	58,4	27,3	31,1	53,3
Dagelijkse activiteiten	56,5	37,8	18,7	33,1
Psychologische stress	55,5	32,1	23,4	42,2
Informatie	43,3	21,8	21,5	49,7
Huishouding	39	29,4	9,6	24,5
Geld	36,8	26,3	10,5	28,6
Intieme relaties	34,2	8,4	25,8	75,5
Voeding	34	26,6	7,4	21,8
Lichamelijke gezondheid	28,2	17,9	10,3	36,4
Huisvesting	28,2	15,8	12,4	44,1
Seksualiteit	21,5	7,7	13,9	64,4
Persoonlijke veiligheid	18,7	9,3	9,3	50
Uitkering	17,5	7,7	9,8	56,2
Persoonlijke verzorging	14,4	9,8	4,5	31,7
Alcohol	13,9	9,6	4,3	31
Vervoer	10,5	5,5	5	47,7
Onderwijs	8,4	3,1	5,3	62,9
Verzorging van kinderen	6,5	1,4	5	77,8
Middelenmisbruik	5,3	2,9	2,4	45,5
Risico voor anderen	4,1	3,3	0,7	17,6
Telefoon	3,6	1	2,6	73

een activiteit uit te voeren die voor mensen als normaal wordt beschouwd (bijv. een gebrek aan sociale vaardigheden veroorzaakt door de negatieve symptomen van schizofrenie);

- **handicap:** een beperking die voortvloeit uit invaliditeit en die de mogelijkheid beperkt om een rol te spelen die voor mensen als normaal wordt beschouwd (bijvoorbeeld: niet kunnen werken).

De behandeling richt zich in eerste instantie op de pathologie en het gebrek. Na stabilisering van de pathologische aspecten en het gebrek waarmee de acute fase van de ziekte gepaard gaat, komen de psychiatrische revalidatie en de daarvoor gebruikte technieken aan de orde. De revalidatie kan (en moet) beginnen, ook als de gebreken (of symptomen) nog bestaan, zodat deze kunnen worden meegenomen bij het opstellen van een behandelplan.

De revalidatie richt zich op de invaliditeit, het begeleiden van patiënten die het moeilijk hebben om hun doelstellingen te bereiken.

In de laatste fase, de rehabilitatie, staan de handicaps centraal en de reïntegratie in de samenleving (3).

3. Revalidatie: een realistische optie?

Revalidatie neemt een steeds belangrijker plaats in bij de langetermijnbehandeling van patiënten met schizofrenie. Percentages schommelen tussen de 22 en 90%, afhankelijk van de criteria die worden gehanteerd voor nazorg (18). Uit andere onderzoeken valt af te leiden dat 40 tot 60% van de patiënten geen poliklinische zorg krijgt na ontslag uit het ziekenhuis (19,20). Volgens een kwalitatief onderzoek van Vallow et al. (21), is de continuïteit van de zorg het resultaat van een combinatie van factoren, zoals de beschikbaarheid van medicijnen, behandelingen op maat en de toegankelijk-

heid van de gezondheidszorg. In België hebben Bruffaerts et al. (22,23) aangetoond dat het risico op heropname daalt als er een behandelplan bestaat; dit risico is zes keer zo groot als de psychiatrische patiënt geen nazorg krijgt.

In dit verband rijzen de volgende vragen:

1. Wordt er een behandelplan opgesteld voor ontslag om de continuïteit van de zorg te garanderen?
2. Als er een behandelplan wordt opgesteld, wordt het voorgestelde plan dan aanvaard en/of nageleefd?
3. Als het behandelplan wordt nageleefd, is revalidatie dan een realistische optie?

1. Wordt er een behandelplan opgesteld voor ontslag?

Volgens Nelson et al. (24) is de kans op heropname twee keer zo groot als er geen concrete afspraken zijn gemaakt bij ontslag. In een retrospectief onderzoek hebben Thompson et al. (25) gevonden dat slechts 16% van de psychiatrische patiënten het ziekenhuis verliet met een vervolgspraak. Patiënten met schizofrenie hadden het meeste kans op nazorg.

2. Wordt het voorgestelde plan aanvaard en/of opgevolgd?

In België is uit het onderzoek van Bruffaerts (22) gebleken dat 94,8% van de patiënten weliswaar een voorstel voor nazorg krijgt, maar dat slechts 58,6% zich aan de afgesproken behandeling houdt. Toch heeft het onderzoek van Middelboe et al. (26), dat is uitgevoerd in Scandinavië bij ambulante patiënten met schizofrenie (n = 418), aangetoond dat globaal bekeken de hulp die deze patiënten van de gezondheidszorg verwachtten groter was dan ze in werkelijkheid ontvingen. Er bleek dus een verschil te bestaan tussen de verwachtingen van patiënten en de aangeboden hulpverlening. Het verschil tussen de behoeften en de verstrekte hulpverlening was het grootst op het gebied van het sociaal functioneren en de relaties met anderen (zie **Tabel 1**).

De *Camberwell Assessment of Needs*-schaal is een instrument om de behoeften aan zorg te meten van patiënten met ernstige psychische stoornissen zoals schizofrenie.

3. Is revalidatie een realistische optie bij de behandeling van schizofrenie?

Om dit te kunnen bepalen dient men verschillende dimensies van patiënten te evalueren: de evolutie van symptomen/syndromen (remissie/herstel, en het risico op heropname), de psychosociale evolutie (verbetering van de sociale activiteiten, het zelfstandig kunnen leven) en de professionele evolutie (kunnen functioneren in een werk- of studieomgeving).

3.1. Evolutie van symptomen/syndromen

3.1.1. Remissie/herstel

Jobe en Harrow (27) hebben de empirische onderzoeken geanalyseerd waarin de evolutie van

Tabel 2: Resultaten van onderzoeken naar remissie en herstel (28-38).

Onderzoek	Resultaten	Definitie
San et al. (2007)	Symptomatische remissie: 44,8%	Symptomatische remissie: score gelijk aan twee of minder voor elk van de volgende aspecten: wanen, hallucinaties, positieve formele denkstoornis en bizar gedrag op de SAPS, en vervlakking van het affect, avolitie-apathie, anhedonie-asociaal gedrag en alogie op de SANS.
Kane et al. (2007)	Symptomatische remissie na 52 weken ARIPi = 32% HAL = 22%	Score gelijk aan drie (licht) of minder gedurende ten minste 6 maanden voor elk van de volgende 8 items op de PANSS: waanvoorstellingen, ongewone gedachteninhoud, hallucinatoir gedrag, afgestompt gevoel, passieve/apathische sociale teruggetrokkenheid, gebrek aan spontaneïteit en conversabiliteit, maniërisme en poses, conceptuele desorganisatie.
Emsley et al. (2007)	Remissie: 23,6%	Score gelijk aan drie (licht) of minder gedurende ten minste 6 maanden voor elk van de volgende 8 items op de PANSS: waanvoorstellingen, ongewone gedachteninhoud, hallucinatoir gedrag, afgestompt gevoel, passieve/apathische sociale teruggetrokkenheid, gebrek aan spontaneïteit en conversabiliteit, maniërisme en poses, conceptuele desorganisatie.
Kissling et al. (2005)	Na 12 maanden Remissie aan het eind: 60% Remissie ≥ 6 maanden: 45%	Score gelijk aan drie (licht) of minder gedurende ten minste 6 maanden voor elk van de volgende 8 items op de PANSS: waanvoorstellingen, ongewone gedachteninhoud, hallucinatoir gedrag, afgestompt gevoel, passieve/apathische sociale teruggetrokkenheid, gebrek aan spontaneïteit en conversabiliteit, maniërisme en poses, conceptuele desorganisatie.
De Hert et al. (2005)	Patiënten niet in remissie vanaf het begin (34,4%): Bereikte remissie: 21% Patiënten in remissie vanaf het begin (65,6%) Na 6 maanden: Blijvende remissie: 63%	Score gelijk aan drie (licht) of minder gedurende ten minste 6 maanden voor elk van de volgende 8 items op de PANSS: waanvoorstellingen, ongewone gedachteninhoud, hallucinatoir gedrag, afgestompt gevoel, passieve/apathische sociale teruggetrokkenheid, gebrek aan spontaneïteit en conversabiliteit, maniërisme en poses, conceptuele desorganisatie.
Robinson et al. (2004)	Na 5 jaar Symptomatische remissie: 47,2%	Symptomatische remissie: SADS-C (achterdocht, wanen, hallucinaties, verstoord begrip, bizar gedrag) ≤ 3 (licht); SANS vervlakt affect, alogie, anhedonie-asociaal gedrag, avolitie-apathie, aandacht < 3 (matig)
Harrison et al. (2001)	Na 15-25 jaar Herstel: 60% Herstel: 37,8% (schizofreniepatiënten), 54,8% (andere psychosen)	Herstel conform de schaal van Bleuler (score 4) Herstel conform de schaal van Bleuler en GAF-D > 60
Ho et al. (2000)	Zonder behandeling: 20,3%	Remissie van de positieve symptomen (SAPS): scores van psychotische symptomen en desorganisatie ≤ 2 (licht) gedurende 8 weken. Verschillende aspecten van levenskwaliteit: sociale relaties, vrijetijdsbesteding, GAS.
Edwards et al. (1998)	Na 1 jaar Langdurig herstel: 91,1%	Langdurig herstel = BPRS (somatische stoornis < 5, achterdocht < 4, megalomanie < 3, wanen, schuldgevoelens < 5, hallucinatoir gedrag < 2, conceptuele desorganisatie < 3, ongewone gedachteninhoud < 4).
Loebel et al. (1998)	Volledige remissie: 74%	Remissie = SADS-C + PD positieve symptomen ≤ 3; CGI-S ≤ 3; lichte of nog minder ernstige CGI en CGI-verbetering, sterk verbeterd gedurende 8 weken.
Lieberman et al. (1993)	Na 1 jaar Remissie: 83% Volledige remissie: 74% Partiële remissie: 12%	Remissie = SADS-C + PD positieve symptomen (achterdocht, wanen, hallucinaties, veranderd begrip, bizar gedrag) ≤ 3; CGI-S ≤ 3; CGI-C ≤ 2; gedurende 8 weken. Volledige remissie = geen restsymptomen op de SAPS, negatieve symptomen ≤ 2 (licht) op de SANS. Partiële remissie = blijvende positieve of negatieve symptomen.

SAPS = Scale for the Assessment of Positive Symptoms

SANS = Scale for the Assessment of Negative Symptoms

PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale

SADS-C = Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia Change

GAF-D = GAF Disability Scale

GAS: Global Assessment Scale

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale

CGI-S = Clinical Global Impression of Severity

CGI-C = Clinical Global Impression - Change

GAF = Global Assessment of Functioning

schizofrenie op lange termijn werd geëvalueerd. Alle geanalyseerde onderzoeken waren patiëntcontrole-onderzoeken en duurden tien jaar of langer. De resultaten van de verschillende onderzoeken lopen sterk uiteen, maar toch valt eruit af te leiden dat schizofrenie een relatief minder

goede prognose heeft dan andere psychische stoornissen. Er zijn echter wel subgroepen met positieve resultaten: bij bepaalde patiënten met langere perioden van remissie was er geen progressieve achteruitgang te zien, of ze nu op lange termijn werden behandeld of niet.

In een onderzoek van Robinson et al. (28) werden 118 patiënten geanalyseerd bij wie tijdens hun eerste psychotische episode een diagnose van schizofrenie (70%) of schizo-affectieve stoornis (30%) was gesteld. Na 5 jaar was er bij 47,2% van de patiënten een symptomatische remissie

opgetreden en bij 25,5% een functionele en sociale verbetering. Slechts 13,7% voldeed gedurende een periode van ten minste twee jaar aan de criteria die de auteur had gedefinieerd voor *full recovery*. In **tabel 2** staan ook de resultaten van andere onderzoeken. Deze onderzoeken wijzen op een percentage remissie/herstel tot 90%! De percentages variëren uiteraard op basis van de gehanteerde criteria: bij toepassing van de strengste criteria daalt dit percentage tot 20-40%.

3.1.2. Risico op heropname

Het percentage heropnames van mensen met een psychische stoornis is, in verhouding met dat van de meeste andere aandoeningen, erg hoog. Patiënten met een schizofrene of psychotische aandoening blijken in de groep van patiënten die heropgenomen worden omwille van een psychische stoornis het sterkst vertegenwoordigd te zijn (39,40). Zo komt 27% van de patiënten die in een algemeen ziekenhuis worden opgenomen wegens een depressie, binnen een jaar na ontslag opnieuw in het ziekenhuis terecht, terwijl dit 38% bedraagt voor patiënten met de diagnose schizofrenie (41). Uit de onderzoeken van Daniels et al. (40) en Mahendran et al. (42) blijkt dat respectievelijk 71,4% en 66,7% van de patiënten met schizofrenie binnen de vijf jaar opnieuw wordt opgenomen.

Wat de prognose betreft, kan men stellen dat het risico op heropname voor patiënten met schizofrenie stijgt naarmate er meer van de volgende factoren aanwezig zijn (43):

* Factoren met betrekking tot de patiënt

- Mannelijk geslacht
- Jonge leeftijd (< 40 jaar)
- Jonge leeftijd bij het begin van de aandoening
- Ernstige psychopathologie ondanks behandeling
- Afwezigheid van ziekte-inzicht (anosognosie)

* Factoren met betrekking tot de behandeling

- Frequentie interrupties van de behandeling
- Gebrekkige planning van de nazorg tijdens het ziekenhuisverblijf
- Onvoldoende opvolging van de patiënt en een gebrekkige continuïteit van de ambulante zorg
- Slechte samenwerking tussen de patiënt, verzorgers en zorgverleners

Het is bekend dat een gebrekkige medicatietrouw een van de oorzaken is voor een nieuwe psychotische opstoot (1,43-49). Volgens een onderzoek van Weiden en Olsson (50) is 32% van alle gevallen van herval (gedefinieerd als heropname) binnen één jaar na de eerste ziekenhuisopname te wijten is aan een gebrekkige therapietrouw. Gebrek aan therapietrouw heeft niet alleen invloed op de symptomen van de patiënt (51), maar ook op de kans op heropname (1,45,47,48,52,53). In

twee derde van de gevallen houdt de heropname rechtstreeks verband met het geheel of gedeeltelijk niet naleven van de behandeling (48,54). Volgens de gegevens van Ayuso-Gutiérrez en del Rio Vega (48) neemt 73% van de patiënten met schizofrenie die achteruitgaan en terug moeten worden opgenomen, zijn medicijnen niet goed in. Volgens een onderzoek van Morken et al. (1) is het risico op heropname vier keer groter als de patiënten zich niet aan de behandeling houden. In het onderzoek van Lam et al. (55), waarin veel aandacht is besteed aan de methodologie om de medicatietrouw te verifiëren, blijkt 25% van de patiënten al zeven tot tien dagen na ontslag uit het ziekenhuis, gedeeltelijk af te wijken van de voorgeschreven behandeling.

Patiënten met schizofrenie worden vaker opnieuw gehospitaliseerd dan patiënten met een andere psychische stoornis.

Opname van psychotische patiënten in de poliklinische hulpverlening blijft vaak niet eenvoudig en een belangrijk probleem. Voor het ontwikkelen van medicatietrouw tijdens de nazorg lijken de kenmerken van patiënten een minder belangrijke rol te spelen dan de geboden hulpverlening. Volgens een onderzoek van Bonsack et al. (56) komt 48% van de patiënten die een psychotische episode hebben gehad, niet opdagen op de geplande afspraak na ontslag uit het ziekenhuis. De factoren die verband houden met het nakomen van de afspraak, zijn een vrijwillige

opname, een contact van meer dan drie maanden met een psychiatrische dienst voor opname en zelfmoordgedachten voor opname. Andere factoren die bijdragen aan een goede participatie van de patiënt zijn: het bespreken van de diagnose met de patiënt tijdens het verblijf in het ziekenhuis, het opstellen van een behandelplan in samenwerkingsverband tussen het klinisch en poliklinisch team, het reeds tijdens de ziekenhuisopname starten van de poliklinische behandeling en het opstellen van concrete projecten met de patiënt met betrekking tot basisbehoeften (huisvesting, financiën of bezigheden), dagelijkse activiteiten en psycho-educatie.

Belgische gegevens

Op 1 januari 2006 werd door het Psychosociaal centrum Sint-Alexius in Elsene het project 'trAC-Tor' gelanceerd. In dit project worden volwassen patiënten na hun ontslag uit het psychiatrische ziekenhuis begeleid om hun reïntegratie in de samenleving te bevorderen en een terugval te voorkomen (57). In het centrum hebben De Hert et al. (58) een zogenaamd 'spiegelonderzoek' of 'pre-post' onderzoek uitgevoerd. Bij dit type van onderzoek worden de geselecteerde onderzoeksgegevens voor en na het opzetten van het onderzochte organisatie-model voor de nazorg (bijv. ACT) vergeleken. Dit protocol is eenvoudig, maar het ontbreken van een controlegroep zorgt voor een aanzienlijke vertekening (59,60). Toch hebben de auteurs in dit onderzoek met 30 patiënten (87,8% met een diagnose van schizofrenie of een schizo-affectieve stoornis) vastgesteld dat het aantal heropnames en de gemiddelde duur van deze opnames significant waren afgenomen (zie **Tabel 3 en 4**) bij patiënten die drie jaar lang thuiszorg hadden gekregen, in vergelijking met hen die het dezelfde periode zonder ACT moesten stellen.

Tabel 3: Gemiddeld aantal ziekenhuisdagen per jaar, voor en na het opzetten van het ACT-model (58).

	Voor het opzetten van het ACT-model	Na het opzetten van het ACT-model	p
Aantal dagen voltijdse opname per jaar	84	18	0,0002
Aantal dagen deeltijdse opname per jaar	33	21	0,2
Aantal dagen voltijdse en/of deeltijdse opname per jaar	117	40	0,0001

Tabel 4: Gemiddeld aantal ziekenhuisopnamen per jaar, voor en na het opzetten van het ACT-model (58).

	Gemiddeld		Gemiddeld
Gemiddeld aantal ziekenhuisopnamen per jaar in de periode voor het opzetten van het ACT-model	1,1	Gemiddeld aantal ziekenhuisopnamen in de periode voor het opzetten van het ACT-model	2,2
Gemiddeld aantal ziekenhuisopnamen per jaar na het opzetten van het ACT-model	0,7	Gemiddeld aantal ziekenhuisopnamen na het opzetten van het ACT-model	0,97
p	0,002	p	0,002

Deze resultaten geven aan dat ACT een aanzienlijke kostenverlaging voor het Belgische gezondheidsstelsel toelaat. Concreet zou er volgens het onderzoek van de Hert jaarlijks gemiddeld ongeveer €8.415 per patiënt kunnen worden bespaard.

3.2. Psychosociale en professionele evolutie

3.2.1. Psychosociale ontwikkeling en integratie

Goede relaties binnen en buiten de familie geven een goede kans op revalidatie. Het grote internationale onderzoek over schizofrenie van de

Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) van 1977 (61) heeft aangetoond dat de ontwikkeling van schizofrenie op lange termijn in hoge mate afhangt van de opvang door de familie en de steun die de omgeving biedt. In een overzicht van de literatuur hebben Mueser et al. (62) 75 gecontroleerde onderzoeken geïnventariseerd. De meeste van deze onderzoeken wijzen erop dat de 'casemanagementmodellen' weinig invloed hebben op het sociaal functioneren. Slechts 21% van de onderzoeken laten positieve effecten op het

sociaal functioneren zien (door de auteurs gedefinieerd als de kwaliteit van de sociale relaties en het vermogen om te voldoen aan de verwachtingen van de maatschappij). Het systematische overzicht door de *Cochrane Collaboration* van het casemanagementmodel (maar niet van de *Assertive Community Treatment*) uit 1998 (63) toont aan dat dit model geen significante klinische verbeteringen in het sociaal functioneren oplevert. In **tabel 5** zijn de resultaten opgenomen van een recente meta-analyse van Smith en Newton (64) over het effect van de casemanagementmodellen op het sociaal functioneren.

3.2.2. Professionele ontwikkeling en integratie

In het kader van een observationeel onderzoek hebben Fredenrich-Mühlebach et al. (70) vastgesteld dat bij ontslag uit het ziekenhuis 40% van de patiënten met schizofrenie nog geen concrete plannen had om weer aan de slag te gaan met de studie of het werk in een beschermde werkplaats. Bovendien kan men vaststellen dat er weinig patiënten met schizofrenie zijn die werken (71,72).

Tabel 5: De invloed van casemanagementmodellen op het sociaal functioneren conform de systematische review van Smith en Newton (64-69).

Onderzoek	Sociaal functioneren	Vergelijking
Bjorkman (2002)	Geen verandering	SPM vs. gebruikelijke zorg
Issakidis (1999)	Verbetering (p < 0,05)	IBP vs. KCM
Burns (1999)	Geen verandering	IBP vs. KCM
Wykes (1998)	Matige verbetering	IBP vs. gebruikelijke zorg
Aberg-wistedt (1990)	Geen verandering	IBP vs. gebruikelijke zorg

IBP = Intensieve begeleiding patiënt; KCM = Klinisch casemanagement; SPM = Sterke punten-model.

Tabel 6: Prevalentie-onderzoeken vanaf 2000 over het sociaal en/of professioneel functioneren van patiënten met schizofrenie (28,29,33,35,77,78).

Onderzoek	Resultaten	Definitie
San et al. (2007)	Doeltreffend sociaal en/of professioneel functioneren: 10,2%	Sociaal en/of professioneel functioneren: diverse schalen (GAF, MADRS, SF-12).
De Hert et al. (2005)	Patiënten in remissie vertonen een verbetering van het functioneren gemeten aan de hand van de criteria voor persoonlijke hygiëne, huishoudelijke activiteiten en werk in vergelijking met patiënten die niet in remissie zijn (p < 0,0001)	Algemeen functioneren: GAF, CGI
Robinson et al. (2004)	Verbetering professioneel en sociaal functioneren: 25,5% 'Full recovery' (symptomatische remissie + verbetering professioneel en sociaal functioneren): 13,7%	Functionele verbetering: 3 bestanddelen van de SAS - Functioneren in een professionele, schoolse of huiselijke context: vaste baan, dienstbetrekking, ten minste deeltijds (minimum), waaronder studie of huishouden - Het bestaan van sociale contacten buiten de familie = vriendschappelijke en/of amoureuze relaties, ten minste eenmaal per week - Zelfstandig leven: vermogen om zelfstandig te kunnen leven (alleen wonen, zonder dagelijks toezicht op de financiën, boodschappen, maaltijden, was en persoonlijke verzorging).
Auslander & Jeste (2004)	'Sustained remission': 8%	- Geen ziekenhuisopname in een periode van 5 jaar - Vermogen om zelfstandig te kunnen leven over een periode van 2 jaar - Normaal psychosociaal functioneren - Er wordt niet langer een onderhoudsbehandeling gegeven of de dosis is niet hoger dan de helft van de maximale dosis tijdens de ziekenhuisopname.
Marshall et al. (2000)	Na 12 maanden Competitieve baan door geleidelijke aanpak: 12% Na 12 maanden Competitieve baan door 'supported employment': 34%	
Ho et al. (2000)	Na 6 maanden vrienden, deelnemen aan recreatieve activiteiten, tevredenheid over het leven in het algemeen: matig of zwak Matig of zwak professioneel functioneren: gemiddeld een derde dagdeel deelnemen aan huishoudelijke activiteiten voor het grootste deel van de tijd GAS-score: ernstig disfunctioneren	Diverse aspecten van de levenskwaliteit: sociale relaties, recreatieve activiteiten, GAS.

GAF = Global Assessment of Functioning

MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

SF-12 = Medical Outcomes Study 12-item Short Form health survey

CGI-S = Clinical Global Impression

SAS = Social Adjustment Scale

GAS = Global Assessment Scale

In de Verenigde Staten schommelen de cijfers tussen 3% en 42,8% (73). In Europa variëren de cijfers tussen 8% en 35% (73). De meeste Europese onderzoeken tonen aan dat slechts 10-20% van de patiënten met schizofrenie werk heeft (73,74). Marwaha et al. hebben, in het kader van de EuroSC (*European Schizophrenia Cohort study*), het eerste vergelijkende internationale onderzoek (n = 1.208), op basis van epidemiologische gegevens over twee jaar uit drie landen (Groot-Brittannië, Duitsland en Frankrijk), uitgevoerd. Zij vonden de volgende tewerkstellingscijfers voor dezelfde pathologie: 12,9% (Groot-Brittannië), 30,3% (Duitsland) en 11,5% (Frankrijk) (71). Als we deze resultaten vergelijken met de werkgelegenheid van de totale bevolking, krijgen we de volgende percentages: 71,4% (Groot-Brittannië), 61,8% (Duitsland) en 65,3% (Frankrijk) (gegevens van de Europese Unie voor het derde trimester van 2007) (75). Handicaps voor het uitoefenen van een beroep zijn het ontbreken van diploma's of een opleiding, misbruik, de meest ernstigste stoornissen (verschillende episodische) en een groter sociaal isolement (71). Uit een inter-Europees onderzoek (EPSILON) dat is uitgevoerd in vijf landen (Engeland, Denemarken, Nederland, Italië en Spanje) blijkt dat in totaal 20% van de patiënten werk heeft (76). De tewerkstellingspercentages liggen hoger voor patiënten die slechts één psychotische episode hebben gehad (het percentage varieert van 13-65%) dan voor

patiënten die al langer worden behandeld (71,73). Deze cijfers laten zien dat het belangrijk is al bij de eerste psychotische episode in actie te komen, zodat jongere patiënten hun werk kunnen behouden of zo snel mogelijk weer werk kunnen vinden. Op die manier beperkt men de handicaps die optreden naarmate de ziekte zich ontwikkelt. In **tabel 6** zijn de resultaten van prevalentie-onderzoeken die vanaf 2000 werden uitgevoerd over het sociaal en/of professioneel functioneren van patiënten met schizofrenie, opgenomen.

Opmerking

Werk neemt een belangrijke plaats in in het levensproject van alle mensen. Het blijft vaak nog steeds een vereiste voor het verwerven van een sociale status. De kansen op een professionele reïntegratie blijven echter vrij laag voor mensen met een psychose. België heeft geen uitgebreid instrumentarium om patiënten met schizofrenie aan het werk te zetten. Daarnaast is er ook nog het probleem dat werkgevers de patiënt stigmatiseren. Nu de werkloosheid de laatste jaren zo hoog is, moet men constateren dat in een wereld waar velen geen werk vinden, mensen op een andere manier voldoening moeten zoeken. Indien professionele reïntegratie voor patiënten onmogelijk is, dient men in overleg met hen na te gaan welke andere activiteiten zinvol voor hen kunnen zijn (bijv. vrijwilligerswerk).

Volgens de gegevens die momenteel beschikbaar zijn, slaagt de socio-professionele (her) integratie bij minder dan een derde van alle patiënten, maar stijgt dit cijfer tot de helft van de groep die slechts één episode heeft doorgemaakt.

4. Interventies en zorgplannen

4.1. Behandelplan voor nood- en crisissituaties

Bij ontslag uit het ziekenhuis moet er een noodplan zijn ter voorbereiding op crisissen. Het is belangrijk om vooraf te bepalen naar welk ziekenhuis de patiënt moet gaan en/of welke psychiater hij om hulp moet vragen in een noodgeval. Een interventieplan dient niet enkel als een gids in geval van noodsituaties, maar maakt het tevens mogelijk om eerder niet-opgemerkte risico's die de toestand kunnen verergeren op te sporen en ze vervolgens uit te sluiten (79). In een goed interventieplan zijn alle scenario's van mogelijke noodsituaties of crisissen opgenomen, met de gevolgen, de nodige maatregelen en beschikbare middelen. Het plan bevat ook een gedetailleerde

Tabel 7: Verschillende organisatiemodellen voor de nazorg van PEPS-patiënten² (62,78).

	Gestandaardiseerd casemanagement <i>Standard Case Management</i>		Rehabilitatie in de gemeenschap <i>Rehabilitation oriented community care</i>		Geïntegreerde zorg aan huis <i>Intensive comprehensive care</i>	
Organisatiemodellen voor de begeleiding van patiënten	Makelaarsmodel <i>'Broker' model</i>	Klinische casemanagement <i>Clinical case management</i>	Sterke punten-model <i>Personal Strength Model</i>	Revalidatiemodel <i>Rehabilitation Model</i>	Assertieve begeleiding in de omgeving <i>Assertive Community Treatment</i>	Intensieve begeleiding van de patiënt <i>Intensive Case Management</i>
Kenmerken						
Verhouding hulp-verlener/cliënt	1:50 (?)	1:30+	1:20-30	1:20-30	1:10-15	1:10
<i>Outreach</i> ³	Laag	Laag/Matig	Matig	Matig	Hoog	Hoog
Teamwerk (<i>"Shared caseload"</i>)	Niet	Niet	Niet	Niet	Ja	Niet
Beschikbaarheid 24u/24u	Niet	Niet	Niet	Niet	Vaak	Vaak
Actieve rol patiënt (<i>"Consumer input"</i>)	Niet	Laag	Hoog	Hoog	Laag	Laag
Accent op aanleren vaardigheden	Niet	Laag	Matig	Hoog	Matig (?)	Matig (?)
Frequentie contacten met de patiënten	Laag	Matig	Matig	Matig	Hoog	Hoog
Plaats van contact	Kliniek	Kliniek/milieu	Milieu	Kliniek/milieu	Milieu	Milieu
Integratie van de behandeling	Laag	Matig	Laag (?)	Laag (?)	Hoog	Hoog (?)
Direct aanbod van diensten	Laag	Matig	Matig	Matig	Hoog	Hoog
Belgische voorbeelden	'Puente' en 'S.P.A.D.' ⁴		'vzw Réflexion'		'trACTor'	

lijst van mensen in de directe omgeving van de patiënt die hulp kunnen bieden in dergelijke situaties. In een noodplan staan de stappen die men dient te nemen voor een optimale aanpak van onverwachte en acute toestanden (80).

4.2. Zorgcontracten (81,82)

Door middel van zorgcontracten gaan we een partnerschap aan met de patiënten. Op deze wijze kan men proberen patiënten actief bij de zorg te betrekken en een degelijke therapeutische relatie, gebaseerd op wederzijds vertrouwen en respect, met hen te ontwikkelen. Dit impliceert dat men over bepaalde aspecten met de patiënt zal overleggen en onderhandelen. Door gebruik te maken van een contract geeft men de patiënt ook een zekere verantwoordelijkheid, aangezien deze zich ertoe verbindt na te komen wat hij samen met de psychiater ondertekend heeft. Dit vergroot de kans op een geslaagde revalidatie.

In het contract worden ook de medicamenteuze behandeling, evenals de wijze van toediening en duur, vermeld. Het is belangrijk om aan de patiënt en zijn omgeving uit te leggen dat het absoluut nodig is een behandeling voort te zetten - ook als de patiënt aan de beterhand is - en dit vervolgens met argumenten te onderbouwen. In het contract kan ook de naam van de casemanager staan en de frequentie van de bezoeken. Het is mogelijk het contract te verbreken wanneer er een gunstige wending optreedt in de symptomatologie van de patiënt. De strekking van het contract kan ook worden versoepeld om de verkregen band met de patiënt in stand te houden. Het zorgcontract moet ook doelstellingen bevatten met betrekking tot de sociale en professionele reïntegratie. Dit is nodig om het ontslag goed te kunnen plannen en de kansen van de patiënt in de samenleving te vergroten. Ziekenhuisopnames hebben daar immers vaak een negatieve invloed op. Het zorgcontract verschaft ook een kader waarbinnen de verantwoordelijke zorgverlener zichzelf kan bevragen naar de zinvolheid van zijn interventie en de patiënt toelaat zijn vorderingen te analyseren. Het is de leidraad bij het opstarten van nieuwe therapieën, om het routinematig behandelen van chronische ziekten te voorkomen en helder en attent te blijven.

5. Organisatiemodellen voor de nazorg

In de aanbevelingen van het team van PORT (*Patient Outcomes Research Team*) staat het volgende:

1. De gezondheidszorg voor patiënten met schizofrenie, die grote zorggebruikers zijn, moet behandelingsprogramma's implementeren om deze patiënten assertief te beheren en te behandelen in de samenleving (ACT) (*aanbeveling 29*)⁵;
2. De programma's voor de assertieve begeleiding in de omgeving (ACT) moeten zich met name richten op patiënten bij wie de kans op heropname groot is of die problemen hebben om de actieve behandeling in de meer traditionele zorgsystemen te volgen (*aanbeveling 30*)⁶.

Tabel 8: Verschil tussen de intensieve begeleiding en de assertieve begeleiding van de patiënt.

Intensieve begeleiding van de patiënt (<i>Intensive Case Management</i>)	Assertieve begeleiding in de omgeving (<i>Assertive Community Treatment</i>)
Hulpverlening hoofdzakelijk op het kantoor en/of soms in de natuurlijke omgeving	Behandeling in de samenleving en thuis
De casemanager verleent zelf enkele voorzieningen en verwijst door voor andere	Biedt de meeste hulp op het gebied van behandeling, revalidatie en reïntegratie zelf aan
Werkt alleen en gebruikt doorverwijzingen of consultaties	Werkt in een multidisciplinair team
Alleen dagopvang op werkdagen beschikbaar	Zorg 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar (samenwerking tussen crisiscentra)
Verhouding zorgverlener/cliënt: 1/15-20	Lage verhouding zorgverlener/cliënt: 1/8-10
Duur van de zorg is kort tot middellang, maar meestal voor een bepaalde periode	Duur van de zorg is onbeperkt

Een goede planning gaat van start ruim voor de patiënt klaar is om terug te keren in de samenleving.

'Casemanagement' is in de jaren 70 ontwikkeld om mensen met ernstige psychische stoornissen te kunnen helpen. Oorspronkelijk bestond casemanagement uit vijf belangrijke onderdelen: eerste evaluatie, planning, overleg, begeleiding en doorlopende evaluatie. Geleidelijk aan is men casemanagement ruimer gaan opvatten en houdt het nu bijvoorbeeld ook het opsporen van cliënten, het onderhouden van intensieve contacten bij het verlenen van hulp, het aanleren van sociale vaardigheden, de begeleiding van familie en zelfs het verdedigen van de patiëntenrechten in (83). Er zijn verschillende modellen van casemanagement: het makelaarsmodel (*Broker model*), de assertieve begeleiding in de gemeenschap (*Assertive Community Treatment*), de intensieve begeleiding van de patiënt (*Intensive Case Management*), een model dat zich richt op de sterke punten van de patiënt (*Personal Strengths Model*), het rehabilitatiemodel (*Rehabilitation Model*) en het klinische casemanagement (*Clinical Case Management*) (62,78,84) (zie **Tabel 7**).

In het makelaarsmodel bestaat de verantwoordelijkheid van de casemanager er niet in om directe hulp aan te bieden, maar wel ervoor te zorgen dat het systeem goed inspeelt op de behoeften van de patiënt (84). Uit ervaring blijkt echter dat veel schizofrene patiënten meer hulp en directe hulpverlening nodig hebben (85). In de andere modellen treedt de casemanager op als clinicus of therapeut en verleent hij directe zorg. In tegenstelling tot het makelaarsmodel, waarin de casemanager vooral een coördinerende rol speelt en de patiënt doorverwijst naar de juiste instanties, is de verantwoordelijke zorgverlener in de andere modellen zelf actief op het gebied van behandeling, revalidatie en begeleiding bij

het leven in de samenleving. In het model van de assertieve begeleiding is bovendien een heel team zorgverleners actief. Het model van de intensieve begeleiding en het model van de assertieve begeleiding zijn het meest bekend. Er zijn een aantal overeenkomsten tussen de twee modellen, maar de werkwijze is verschillend (zie **Tabel 8**).

In alle casemanagementmodellen wordt uitgegaan van de persoonlijke verantwoordelijkheid van de casemanager voor de cliënt, met uitzondering van het model van de assertieve begeleiding in de gemeenschap, waarin het accent ligt op het werken in een multidisciplinair team (78). De diverse modellen kunnen van elkaar onderscheiden worden op grond van hun benaderingswijze.

Het verdient grote voorkeur om de nazorg te beginnen met een behandelplan en hulpverlening op maat. Zo ontstaat een samenwerkingsverband dat de patiënt geleidelijk aan steeds meer verantwoordelijkheid geeft voor zijn ziekte.

Het *Personal Strengths Model* legt het accent op de sterke punten van de cliënt, eerder dan op de pathologie (78), alsook op het vormen van een zeer hechte band tussen de casemanager en de cliënt (vaak gedefinieerd als *partnership*). Binnen dit model zijn alle interventies gebaseerd op het principe van zelfbeschikking en wordt er actief contact gezocht met de cliënten op het terrein (*Assertive Outreach*). Een ander uitgangspunt is dat mensen met een psychische stoornis kunnen leren, groeien en zich ontwikkelen. Naast de officiële hulpverlening moeten ook de informele netwerken in de samenleving worden gemobiliseerd (62). Verder worden patiënten actief ondersteund bij het bereiken van hun doelen

en worden de sociale middelen aangesproken om hun potentieel te realiseren (86).

Het revalidatiemodel (*Rehabilitation Model*) baseert zich op de gedragstherapeutische benadering; de hulpverlener treedt niet alleen als coördinator op, maar biedt ook leermomenten aan om de problemen veroorzaakt door de ziekte aan te pakken (62). Het accent ligt op het verbeteren van de vaardigheden die de patiënt in het dagelijkse leven nodig heeft. Bij casemanagement door middel van revalidatie worden eerst de capaciteiten van de cliënt geëvalueerd, om te bepalen welke lacunes er zijn. Dan wordt een revalidatieplanning opgesteld (87). Dit model wijst op de noodzaak om de barrières te verminderen die de toegang tot de sociale middelen belemmeren. De gehanteerde strategie bestaat erin om de cliënt de nodige sociale vaardigheden aan te leren om zijn doelstellingen te realiseren (86).

Het klinische casemanagementmodel (*Clinical Case Management*) gaat uit van een psychodynamische oriëntatie. Een goede therapeutische band tussen de casemanager en de cliënt is een essentieel onderdeel van de hulpverlening in dit model (78).

Bij de intensieve begeleiding van de patiënt (*Intensive Case Management*) ligt de nadruk op een klein aantal cliënten per hulpverlener en een zeer intensieve begeleiding (78).

Uit de meeste onderzoeken naar het effect van intensieve begeleiding blijkt dat het aantal patiënten dat moet worden opgenomen in een psychiatrische instelling sterk daalt. Een aantal andere onderzoeken wijzen echter niet op significante effecten of tonen zelfs een stijging van het aantal ziekenhuisopnames aan. Burns et al. hebben een systematische *review* en grondige meta-analyse gemaakt over dit aspect (88). Volgens dit overzicht is het model van de intensieve begeleiding doeltreffender als de deelnemers vaak gebruik maken van de voorzieningen van het psychiatrische ziekenhuis dan wanneer ze dat niet doen.

Het model van de assertieve begeleiding of ACT (*Assertive Community Treatment*) werd in de jaren 70 ontwikkeld door Stein, Test en hun collega's (89). "De benadering van ACT is gebaseerd op het feit dat alle burgers, ook deze die met de ernstigste chronische psychische stoornissen te

kampen hebben, recht hebben op een behoorlijk en bevredigend leven in de gemeenschap. Het uitgangspunt van ACT is dat herval en heropname kunnen voorkomen of vrijwel kunnen voorkomen worden en mensen een vrij en behoorlijk leven kunnen leiden in de gemeenschap met een bevredigende levenskwaliteit, als gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg voldoende hulp en begeleiding krijgen in de gemeenschap. ACT werkt op een respectvolle en zodanige manier samen met de gebruikers dat ze geholpen worden hun doelen te bereiken op het gebied van huisvesting, hun plaats in de gemeenschap, sociale contacten, werk en studie, symptoombestrijding, het omgaan met stress, de integratie in de gemeenschap, zelfstandigheid en herstel" (90).

De belangrijkste onderdelen van de ACT-methode zijn (91-94): werken in teamverband (participatie van een multidisciplinair team), beperkt aantal cliënten per hulpverlener (lage verhouding hulpverlener/cliënt, *low client/staff caseloads*), hulpverlening op maat, contacten in de gemeenschap, snelle toegang tot de hulpdiensten (voorzieningen 24 uur per dag beschikbaar), beheer van geneesmiddelen (evaluatie, keuze en juiste dosering), bijzondere aandacht voor de dagelijkse activiteiten, geïntegreerde hulpverlening (behandeling, revalidatie en begeleiding), zorg van onbeperkte duur, hulp bij het werk en psycho-educatie/begeleiding voor de familie. De hulpverlening is bestemd voor mensen met een ernstige psychische stoornis. De meeste van deze patiënten hebben een diagnose van schizofrenie, of een schizoaffectieve of bipolaire stoornis (91). Wat de kosten betreft, kunnen bij een assertieve aanpak in de gemeenschap de middelen zo flexibel worden ingezet dat het aantal ziekenhuisdagen daalt (95).

Van alle modellen waarin wordt uitgegaan van begeleiding in de gemeenschap (*casemanagement*) is het ACT-model het meest onderzocht. Verscheidene onderzoeken, waaronder meta-analyses, geven aan dat met ACT de frequentie en duur van psychiatrische opnames daalt en de stabiliteit van de patiënt in de thuisomgeving toeneemt. Daarnaast levert deze behandelingsstrategie een matige verbetering van de symptomen en de subjectieve levenskwaliteit op (62,78,92,96-98). Uit de resultaten van de meta-analyse van Coldwell en Bender (92) in de *American Journal of Psychiatry*, met een totaal van 5.775 patiënten, blijkt dat deze benadering de kans verlaagt dat de psychiatrische patiënt geen vaste verblijf-

plaats heeft (*reducing homelessness*) en ook de ernst van de symptomen vermindert.

Volgens de *American Psychiatric Association* kan ACT met groot vertrouwen worden aanbevolen. De *Cochrane Collaboration* (78) heeft een systematische *review* uitgevoerd van de gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken waarin de behandeling in een structuur van intensieve begeleiding wordt vergeleken met de gebruikelijke poliklinische nazorg, de reïntegratie door het ziekenhuis en de coördinatie van de hulpverlening op maat. De conclusies van deze *review* zijn dat deze benadering, die is gericht op patiënten die vaak worden opgenomen, het aantal en de duur van de opnames beperkt en de tevredenheid van de patiënten verhoogt. In vergelijking met de gebruikelijke hulpverlening levert ACT lagere verpleegkosten op, maar geen verlaging van de algemene kosten van de zorg en dienstverlening. In België hebben De Hert et al. aangetoond dat het aantal heropnames en de gemiddelde duur daarvan significant daalt bij patiënten die drie jaar hulp aan huis hebben gekregen, vergeleken met dezelfde periode zonder ACT (57,58).

In **tabel 9** worden de aanbevelingen over ACT weergegeven conform de classificatie van het *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) in Engeland.

De aanbevelingen van NICE voor ACT worden momenteel herwerkt en zullen waarschijnlijk worden gepubliceerd in 2009.

De Belgische vzw 'Remissie' is gestart met een project rond de ACT-methode (101). 'Puente' ('brug') is een nieuwe Belgische organisatie die patiënten een jaar lang begeleidt bij de overbrugging tussen het beschermde milieu van de instelling en het 'normale' leven (102). Er zijn twee soorten begeleiding mogelijk in het kader van 'Puente'. De patiënt kan kiezen voor hulpverlening aan huis of intensieve begeleiding in een 'remissiecentrum', een ontmoetingspunt dat verbonden is aan het ziekenhuis (103,104). Voor beide systemen werkt 'Puente' met verpleegkundigen die een speciale opleiding hebben gevolgd over schizofrenie (102). De begeleiding bestaat uit een aantal bezoeken of persoonlijke contacten, telefoongesprekken en informatiebrieven. Bij de telefonische en persoonlijke contacten kan de verpleegkundige de patiënt advies geven over de behandeling en snel ingrijpen bij problemen (103,104). De verpleegkundige gaat met de patiënt mee bij doktersbezoeken, ziet toe op het innemen van de medicijnen, informeert en motiveert de patiënt, herinnert hem aan de volgende afspraken, enzovoort. Daarnaast geeft de verpleegkundige feedback aan de behandelende artsen (102).

Semi- en extra-institutionele structuren

Er bestaat een scala aan op de gemeenschap gerichte organisaties die patiënten met schizo-

Tabel 9: Rangschikking van de aanbevelingen voor ACT conform de classificatie van het *National Institute for Clinical Excellence* (99,100).

Doeltreffendheid van ACT	Graad van aanbeveling
Behandeloptie voor schizofrenie	B
Patiënten met schizofrenie zonder vaste woonplaats	B

Graad B: aanbeveling gebaseerd op een bewijsniveau 2 (niveau 2a: ten minste één gecontroleerd, niet-gerandomiseerd onderzoek van goede kwaliteit; niveau 2b: ten minste één goed quasi experimenteel onderzoek, bijv. een cohort onderzoek); of 3 (niveau 3: beschrijvende, niet-experimentele onderzoeken van goede kwaliteit, patiënt-controle-onderzoeken, gevallenreeksen); of geëxtrapoleerd van bewijsniveau 1.

Tabel 10: Verschil tussen IPS en hulpverlening bij het werk volgens het 'trainen en dan plaatsen' principe tijdens de follow-up van 18 maanden (de gegevens zijn weergegeven als percentages of als gemiddelden) (117).

criterium	IPS	N	Hulpverlening bij het werk	N	Verschil	95% BI	P
Minimaal één dag gewerkt	85 (55%)	156	43 (28%)	156	26,9%	(16,4%, 37,4%)	< 0,001
Aantal uren gewerkt	428,8 (706,77)	143	119,1 (311,94)	138	308,7	(189,22, 434,17)	
Aantal dagen gewerkt	130,3 (174,12)	154	30,5 (80,07)	152	99,8	(70,71, 129, 27)	
Dagen werk verricht	213,6 (159,42)	83	108,4 (111,95)	39	104,9	(56,03, 155,04)	
Programma niet gevolgd	20 (13%)	156	70 (45%)	156	-32,1%	(-41,5%, -22,7%)	< 0,001
Ziekenhuisopname	28 (20%)	148	42 (31%)	141	-11,2%	(-21,5%, -0,90%)	0,034
% tijd in ziekenhuis	4,6 (13,56)	148	8,9 (20,08)	141	-4,3	(-8,40, -0,59)	< 0,05

Tabel 11: Hinderpalen voor de professionele reïntegratie (110).

Hinderpalen voor professionele reïntegratie (persoon)	Hinderpalen voor professionele reïntegratie (omgeving)
Vermoeidheid	Pessimisme bij de hulpverleners
Cognitieve stoornissen	Pathogene werkomgeving
Negatieve symptomen	Geen steun van naasten
Slecht functioneren vóór de ziekte	Gebrekkige modellen
Instabiliteit wat positieve symptomen betreft	Incoherent overheidsbeleid
Ontkenning van de ziekte	en kortetermijnbeleid
Gebrek aan sociale vaardigheden	Gebrek aan geld en aangepaste middelen
Angst om te falen	Hardnekkige vooroordelen over psychische ziekten
Lage stressbestendigheid	Hoge werkloosheid
Weinig ervaring en/of lange afwezigheid op de arbeidsmarkt	Valkuilen op het werk
Gebrek aan realiteitszin of onvolwassenheid bij projecten	
Steeds grotere comorbiditeit (gok- of drugsverslaving, lichamelijke problemen)	
Geen vertrouwen in eigen kunnen (zich niet goed genoeg voelen)	
Voordelen in verband met invaliditeit en handicaps (arbeidsongeschiktheidsverklaring)	

frenie hulp kunnen bieden bij de revalidatie en het leven in de maatschappij: nachtopvang, dagopvang, begeleid wonen en een therapeutische gemeenschap.

- **Dagopvang:** een voorziening die zich bij voorkeur buiten het ziekenhuis bevindt en extern een programma aanbiedt met evaluatie, diagnostiek en behandeling aan cliënten met psychische problemen. Het doel van de dagopvang is ervoor te zorgen dat de patiënten zich kunnen handhaven in hun familie, bij de studie en op het werk (105).
- **Nachtopvang:** voor de therapeutische behandeling 's avonds, en het medisch toezicht tijdens de nacht en eventueel in het weekend. Die opvang is nodig omdat psychiatrische patiënten vooral 's nachts last kunnen krijgen van angstaanvallen. In dergelijke organisaties werken dezelfde personeelsleden als op een gewone psychiatrische afdeling (106).
- **Projecten voor begeleid wonen:** een vorm van wonen die collectief is (met 3 tot 10 personen per huis), of waarbij de bewoners elk een eigen studio hebben. Dit is een opvangstructuur voor volwassenen met psychosociale of psychiatrische problemen die een levensproject midden van de plaatselijke gemeenschap willen uitbouwen. Meestal bestaat de begelei-

ding uit: opvang, een luisterend oor, verzelfstandiging, sociale integratie (107).

- **Therapeutische gemeenschappen:** therapeutische gemeenschappen, die op verschillende manieren werken, maar toch ook bepaalde overeenkomsten hebben. Het dagelijkse leven van 5 tot 12 psychotische patiënten speelt zich af in een omgeving waarin ze alle vrijheid hebben om hun persoonlijk leven, contacten, werk, enzovoort te organiseren. Soms wonen er ook stagiairs. Er komen regelmatig therapeuten langs om het gemeenschappelijk leven te regulariseren en het dagelijks leven een therapeutische doelmatigheid te geven (108).

6. Professionele reïntegratie

Uit de literatuur blijkt duidelijk hoe belangrijk het is dat mensen met schizofrenie aan het arbeidsproces deelnemen. In revalidatieprogramma's voor dergelijke patiënten wordt dan ook steeds meer aandacht geschonken aan dit aspect. Volgens Comtois bestaat professionele reïntegratie uit "het zoeken naar een zingevende activiteit, afgestemd op de behoeften van de patiënt. Het gaat om een gespecialiseerde hulpverlening waarvoor deskundigheid en hulpverlening op twee niveaus nodig zijn: de wereld van de arbeid (werk, studie) en de psychiatrische pro-

blematiek. Het is een instrumentele activiteit met een intentie, planning en concrete doelmatigheid. Tijdens dit proces moet de belangstelling van de patiënt worden gekoppeld aan zijn mogelijkheden (en beperkingen)" (109), uiteraard in een specifieke omgeving. Integratie in het arbeidsproces is dus een essentiële stap naar het herstel. Dankzij een dergelijke integratie (110):

- geeft men zin aan de behandeling en aan het leven;
- voorkomt men uitsluiting (dramatische daling van het aantal jongeren dat studeert of werkt in het eerste jaar van een psychose);
- helpt men de patiënt bij zijn dagindeling;
- krijgt de patiënt zijn identiteit geleidelijk aan terug;
- gaat het zelfbeeld en het vertrouwen in eigen kunnen vooruit;
- ontstaat er opnieuw een sociaal netwerk;
- krijgt de patiënt een gestructureerd doel dat hem motiveert en hoop geeft;
- bestrijdt men terugval;
- staat de ziekte niet langer centraal, wat er ook toe bijdraagt dat de patiënt zijn identiteit terugvindt.

6.1. Het voorbereiden van een reïntegratie in het onderwijsnetwerk of het arbeidsproces

Men kan de volgende modellen onderscheiden:

- **het transitie-model of het model 'trainen en dan plaatsen' (vocational rehabilitation) (111)**

In de zogenaamde transitieprogramma's moet de patiënt eerst werkervaringen opdoen (bijvoorbeeld in een beschermde werkplaats) voordat hij aan een competitieve baan begint. Het ultieme doel is niet een vaste dienstbetrekking.

- **het model van steun bij het werk of het model 'plaatsen dan trainen' (supported employment)**

In dit model wordt de patiënt geholpen om zo snel mogelijk een competitieve baan te vinden⁷, en hem op de werkplek zelf de nodige opleiding en steun te geven. Deze benadering wordt toegepast sinds het begin van de jaren 80 (112). Hierbij wordt dus een andere strategie toegepast dan in de transitieprogramma's.

Uit een review door Cochrane van 18 gecontroleerde en gerandomiseerde onderzoeken blijkt dat supported employment beter helpt om een vaste baan te vinden dan de meer geleidelijke aanpak van het transitie-model (113).

Een arbeidsdeskundige wint eerst informatie in bij de patiënt en de arts (bijvoorbeeld over zijn werkervaring, opleidingsniveau en huidige mate van aanpassing). Als hij toestemming krijgt van de patiënt, worden de familieleden hier ook bij betrokken. Er wordt ook contact opgenomen met de vroegere werkgevers en andere betrokkenen. Daarna helpt de arbeidsdeskundige de cliënt om een arbeidsplan op te stellen, op basis van zijn persoonlijke werkdoelen. De toegang tot werk is gebaseerd op zijn keuzes en niet op de gebruikelijke uitsluitingscriteria (zijn inzetbaarheid en het niet gebruiken van alcohol en drugs, bijvoorbeeld). De onderhandelingen met de werkgevers worden doorgaans gevoerd in de loop van de maand die volgt op de vraag tot opname in het programma, vaak door de patiënt zelf. In het begin willen de meeste cliënten deeltijds werken, gemiddeld vijf tot tien uur per week. Tijdens de begeleidingsperiode overlegt de arbeidsdeskundige regelmatig met het behandelteam (psychiater, casemanager, verpleegkundige, maatschappelijk werker, enzovoort). De hulpverlening gaat door zolang de cliënt dat wenst (114). De cliënt krijgt dus continue ondersteuning, ook als hij werkloos wordt (112). In sommige gevallen is het beter dat de patiënten in etappes te werk gaan bij het betreden van de arbeidsmarkt. Zo is het voor jongeren van 20 jaar die nog geen werkervaring hebben en weinig vertrouwen in eigen kunnen, vaak realistischer om met een integratieprogramma van beperkte duur te beginnen. Op die manier verwerven ze positieve werkervaringen en kunnen ze daarna een competitieve baan zoeken (115).

Het bekendste model van supported employment, en ook het meest bestudeerde, is het IPS-model (*Individual Placement and Support*) van Becker en Drake. Dit model gaat uit van zes principes: 1) het doel is om competitief werk te vinden op de arbeidsmarkt; 2) de patiënten gaan meteen aan het werk en hoeven niet eerst een

lange voorbereidingsfase te doorlopen; 3) de steun bij het werk maakt onderdeel uit van de psychiatrische behandeling; 4) de hulpverlening is afgestemd op de voorkeuren van de patiënten; 5) de algemene en continue evaluatie van de patiënt gaat uit van zijn werkervaring; 6) de steun wordt continu verleend en zolang als nodig is (116). De overtuigende gegevens bewijzen dat dit model doeltreffender is dan het transitie-model in de Verenigde Staten en in Europa (113,117) (zie ook **tabel 10** over het onderzoek van Burns naar de doeltreffendheid van IPS).

Ook in Nederland wordt het IPS-model steeds vaker toegepast (118, 119). Daar is het aantal mensen dat niet werkt om psychische redenen vrij groot: slechts 12% van de mensen met een psychische stoornis heeft een competitieve baan. Tussen 2003 en 2005 hebben 4 diensten van de geestelijke gezondheidszorg dit model getest (n = 316). Van de mensen met een psychische stoornis vond 18% werk in een periode van 24 maanden. De praktijk van het IPS-model lijkt enigszins op de methoden die ook in Vlaanderen worden toegepast (bijvoorbeeld ECHO) (120). Het ECHO-project (*European Community Horizon Project*) is een specifiek programma voor rehabilitatie door middel van werk.

- het gemengde model

Dit model wordt afgestemd op de cliënt, en niet omgekeerd. Iedereen is anders; de hulpverleners moeten deze verschillen herkennen, aanvaarden en de resultaten niet langer evalueren aan de hand van genormaliseerde, rigide en vooraf bepaalde gedragsregels. Er wordt zo nodig vooraf werktraining gegeven. Het doel blijft om werk te vinden, maar dat werk kan verschillende vormen aannemen. Ook alternatief werk is mogelijk en er wordt rekening gehouden met het tempo van de patiënt (110).

6.2. Belemmeringen en stimulansen voor de professionele reïntegratie

Bij de professionele reïntegratie kunnen verschillende problemen rijzen. In **tabel 11** worden de belangrijkste hinderpalen voor de reïntegratie beschreven.

Voor jonge volwassenen die voor het eerst een psychotische episode hebben, boeken succes als ze van de hulpverleners vanaf het begin horen dat ze plannen moeten maken voor hun leven, zoals weer actief worden in de samenleving. Patiënten reageren echter uiteenlopend na een psychotische episode. Er zijn patiënten die aan hun toekomst denken en weer actief een plaats willen innemen in de samenleving, en willen werken of studeren. Ze willen zijn zoals de anderen en willen zich niet gemarginaliseerd voelen door hun aandoening. Ze willen beter worden en hun leven weer in eigen handen krijgen. Maar er zijn ook patiënten die al verschillende pogingen hebben ondernomen en nu geen hoop en zelfvertrouwen meer hebben. Ze vinden het leven te zwaar en zijn bang om een terugval te krijgen. Ze willen niet langer gestigmatiseerd worden in een groep en weten niet wat ze moeten doen en zeggen om hun ziekte te verbergen (109).

Alle mensen zijn 'uniek', ook al hebben ze dezelfde diagnose, en daarom moet de hulpverlening ook maatwerk zijn. De evaluatie is geen eenmalige zaak met vaste criteria, maar een doorlopend proces. Verschillende deskundigen kunnen bijdragen aan de evaluatie: de ergotherapeut, psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, enzovoort. Men moet de duur en het soort voorbereiding afstemmen op de geëvalueerde factoren en op de behoeften en interesses die de cliënt aandraagt (110). Men dient het juiste moment af te wachten (fase van stabilisering) en de patiënt voor te bereiden door middel van psycho-educatie, medicamenteuze behandeling, participatie aan revalidatie-activiteiten en samenwerking en contacten met de eigen hulpverlener (109). Het programma moet worden geselecteerd op basis van de behoeften en capaciteiten, de cognitieve en functionele beperkingen, de eerder opgedane ervaringen, de klinische toestand van de patiënt en de kansen op succes (109) (zie ook **Tabel 12**).

7. Evaluatie

7.1. Algemene principes

De evaluatie in het kader van de revalidatie is geen eenmalige gebeurtenis. Het is een progressief en continu proces van informatiewinning over de patiënt en zijn omgeving. Een eenmalig uitgevoerde test is daar geen aanvaardbaar alternatief voor. Bij het revalidatieproces zijn de conclusies altijd tijdelijk.

Volgens Pieters en De Hert (121) is het rechtstreeks observeren van het gedrag van de cliënt een fundamenteel principe bij de evaluatie in het kader van de revalidatie. Dat wil zeggen: als men wil weten hoe iemand functioneert in een bepaalde situatie (werk, sociale contacten, vrije tijd, enzovoort), moet men hem in die situatie plaatsen en vervolgens observeren. Dat lijkt heel logisch, maar wordt toch nog niet vaak genoeg toegepast. In het verleden - en nu nog - hebben hulpverleners geprobeerd de mogelijkheden van de pa-

Tabel 12: Planning van de beroepsactiviteit (110).

Individuele en groepsactiviteiten	Ontwikkelen van concrete partnerships
Het smeden van een alliantie	Kunnen smeden van een vertrouwensband
Bevorderen van de motivatie en het werken op ambivalentie	Informeren om het stigma en de vooroordelen te bestrijden
Het zich richten op sterke punten	Het respecteren van ieders expertise
Naar de patiënt toegaan (<i>outreach</i>)	Het verlenen van steun in de omgeving
Pogingen aanmoedigen	De moed erin houden
Sociale vaardigheden en bekwaamheden ontwikkelen	Middelen of aanpassingsmaatregelen ontwikkelen met de omgeving
Verlenen van psycho-educatie	
Creëren van hoop door lotgenoten in te schakelen	

tiënt te beoordelen zonder hem te observeren, door bijvoorbeeld tests uit te voeren of gestructureerde gesprekken te houden, of gewoon door de patiënt ernaar te vragen. Men weet nu dat een dergelijke indirecte beoordeling van iemands prestaties een beperkte voorspellende waarde heeft voor het gedrag in een specifieke situatie. Als een rechtstreekse observatie onmogelijk is, kan men met een zorgvuldige anamnese ook veel informatie verzamelen.

Tijdens het evaluatieproces probeert men een idee te krijgen van de mogelijkheden en problemen, zowel nu als in het verleden. Men evalueert de symptomen, de doeltreffendheid en de bijwerkingen van de behandeling, de behoeften, de eisen en verwachtingen, de mogelijkheden en bekwaamheden. De mening van de patiënt over het onderwerp is onmisbaar bij elk evaluatieproces. Naast de mening van de patiënt ('de functionele evaluatie'), worden ook de begeleider of hulpverlener en de naasten betrokken bij dit evaluatieproces (*resource assessment*), niet alleen als bron van informatie, maar ook eventueel om invloed te kunnen uitoefenen. Het is belangrijk om op de hoogte te zijn van de beschikbare middelen en de mogelijkheden voor hulp (professionele en andere hulp), als men ten minste niet als doel heeft de patiënt zodanig te veranderen tot dat hij zich integreert in een bepaalde omgeving. Het doel dient te zijn om een omgeving te zoeken die voldoet aan de specifieke behoeften van deze patiënt. De psychiatrische diagnose geeft ons een classificatie die slechts weinig nuttige informatie oplevert voor de kans op revalidatie van de patiënt. Als we een diagnose stellen op basis van de revalidatie, moet dat nuttige informatie opleveren over de mogelijkheden en opstellingen die nodig zijn om te kunnen functioneren in de samenleving. Er bestaat anderzijds ook een evaluatie van de context en omgeving, waarbij wordt bepaald welke mogelijkheden voor steun er beschikbaar zijn (122).

7.2. Evaluatierreinen

Als men een psychotische patiënt wil helpen om ondanks zijn beperkingen zo goed mogelijk te functioneren, door hem de nodige steun en een goede omgeving te bieden, moet men niet alleen weten welke kansen en mogelijkheden deze omgeving hem kan bieden, maar dient men ook de problemen en mogelijkheden van deze patiënt grondig te evalueren. Zowel voor de planning van de hulpverlening als voor de doorlopende analyse daarvan is het nodig dat er een permanent evaluatieproces bestaat (121). Shepherd (123) beschrijft 12 domeinen (*areas of need*), waarin de patiënt behoeften kan hebben.

- Juridisch: zijn er juridische maatregelen van toepassing op de patiënt? Is de patiënt vrijwillig opgenomen of valt hij onder de wet op de bescherming van geesteszieken? Is hij geïnterneerd?

- Financieel: wat is de huidige financiële situatie van de patiënt? Wat zijn zijn bronnen van inkomsten? Krijgt hij financiële steun of heeft hij daar recht op? Wie beheert het geld van de patiënt?
- Huisvesting: hoe woont de patiënt, met wie deelt hij zijn woning, en in welke staat bevindt de woning zich? Zijn er problemen geweest met betrekking tot huisvesting?
- Dagelijkse activiteiten: welke problemen zijn er op het gebied van de persoonlijke hygiëne, het uiterlijk, de hygiëne in de woning, het koken, de boodschappen, het openbaar vervoer, de post en bank, de contacten met anderen?
- Bezigheden: is de patiënt tevreden over de manier waarop hij zijn tijd besteedt? Zo niet, wat zou hij willen veranderen? Wat denken de begeleiders en de familie hierover? Heeft de patiënt de afgelopen twee jaar een of andere vorm van werk gehad?
- Sociale steun thuis: krijgt de patiënt sociale steun of heeft hij daar behoefte aan? Hoe is de relatie van de patiënt met zijn familie, als hij bij hen woont?
- Sociale steun buitenshuis: heeft de patiënt een sociaal netwerk buitenshuis? Beschrijf zowel de sociale contacten (met vrienden, enzovoort) als de plaatsen waar hij regelmatig komt (café, clubs), zijn hobby's en bezigheden.
- Lichamelijke gezondheid: hoe is de gezondheidstoestand van de patiënt momenteel? Noteer belangrijke lichamelijke problemen.
- Geestelijke gezondheid: aantal keren dat de patiënt de afgelopen twee jaar is opgenomen, informatie over de laatste opname, commentaar van de patiënt op zijn geestelijke gezondheid. Welke symptomen heeft de patiënt momenteel en in hoeverre hebben ze invloed op zijn functioneren? Zijn er specifieke stressfactoren die in het algemeen verband houden met de psychische achteruitgang van de patiënt? Zijn er specifieke prodromale symptomen of tekenen die de patiënt, de begeleider of de omgeving heeft opgemerkt als er een terugval dreigt?
- Geneesmiddelen: welke geneesmiddelen neemt de patiënt momenteel? Werken de huidige geneesmiddelen goed? Zijn er ernstige bijwerkingen? Wie schrijft de medicijnen voor en wie controleert de patiënt? Neemt de patiënt de medicijnen in volgens voorschrift?
- Relatie van de begeleider met de patiënt. Beschrijf kort de kwaliteit en de aard van uw band met de patiënt. Hoe vaak zou er in het ideale geval contact moeten zijn volgens de patiënt en volgens de begeleider en hoe vaak is er in werkelijkheid contact?
- Betrokkenheid van andere deskundigen: zijn er nog anderen betrokken bij de begeleiding van deze patiënt? Met welke frequentie? Bestaat er behoefte aan aanvullende zorg, die momenteel niet wordt verleend? Geef tot slot aan of al deze behoeften en problemen zijn besproken met de patiënt.

7.3. Meetinstrumenten voor de persoonlijke behoeften (10)

Er bestaan verschillende meetinstrumenten om de gebreken en handicaps van de patiënt te evalueren. Het doel ervan is om de problemen te inventariseren en de beste voorzieningen en middelen te kiezen om de behoeften te kunnen vervullen. Dat levert een richtlijn op voor een behandelplan.

Need for Care Assessment Schedule (NFCAS)

Dit instrument van Brewin en Wing (124) onderscheidt 20 rubrieken (9 betreffen klinische en 11 sociale aspecten). Elke rubriek bestaat uit drie niveaus:

1. de evaluatie van het functioneren, om te bepalen of er een probleem bestaat, en dit met behulp van de gebruikelijke evaluatiemethoden (medisch dossier, afspraken, gestandaardiseerde meetinstrumenten, enz.);
2. de evaluatie van de hulpverlening, om te bepalen welke van de in aanmerking komende behandelingen het meest geschikt is, alsook om de huidige behandelingen en hun doeltreffendheid te evalueren;
3. de evaluatie van de behoeften om met behulp van een algoritme te bepalen of ze zijn:
 - a. vervuld: behandelingen doeltreffend en voldoende voor de vastgestelde behoeften;
 - b. niet vervuld: behandelingen niet doeltreffend en onvoldoende voor de vastgestelde behoeften, of;
 - c. te veel vervuld: te veel behandelingen voor de vastgestelde behoeften.

Van dit instrument bestaat een Franse versie (*Evaluation des besoins en matière de soins psychiatriques*) die gedeeltelijk is gebaseerd op de oorspronkelijke Engelse versie.

Camberwell Assessment of Needs (CAN-F en CAN-N)

Dit meetinstrument is voortgekomen uit onvrede over de NFCAS. De CAN is gemakkelijker in het gebruik en de instructies ervan zijn duidelijker. De Franse (CAN-F) en de Nederlandse versie (CAN-N) zijn ontwikkeld op basis van de oorspronkelijke Engelse versie van Phelan et al. (125).

Met deze schaal worden 22 onderdelen geëvalueerd op vier niveaus (de eerste drie niveaus komen overeen met die in de NFCAS):

1. de evaluatie van het functioneren;
2. de evaluatie van de geleverde hulp door de naasten en door de gezondheidszorg;
3. de evaluatie van de behoeften;
4. de evaluatie van de tevredenheid van de gebruiker.

De schaal is toepasbaar in het onderzoek en in het ziekenhuis. In het ziekenhuis kan met de schaal het klinisch oordeel van het hulpverleningsteam worden gesystematiseerd met het oog op de ontwikkeling van een behandelplan.

Entrevue pour déterminer les besoins de soins et services dans la schizophrénie (EDBES)

Dit instrument werd in het Frans ontwikkeld en

dient om de behoeften aan zorg en het gebruik van de voorzieningen door mensen met schizofrenie te bepalen. Deze evaluatie geschiedt met behulp van een vragenlijst die zowel aan de klinisch behandelaar als de patiënt wordt aangeboden.

Met de EDBES worden de behoeften van de patiënt volgens hemzelf, volgens de hulpverlener en volgens de onderzoeker bepaald. De vragenlijst laat toe de behoeften en het gebruik van drie soorten hulpverlening te evalueren: crisisinterventie (vier diensten), klinische hulpverlening (zeven diensten) en revalidatie (achttien diensten). Voor elk type hulpverlening moet de patiënt of de zorgverlener aangeven:

1. of de dienst wordt aanbevolen, rekening houdend met de huidige toestand van de patiënt;
2. of de patiënt gebruik maakt van deze dienst;
3. de reden waarom de patiënt er geen gebruik van maakt, als de dienst klinisch geïndiceerd is;
4. de reden waarom de patiënt er gebruik van maakt, als de dienst niet geïndiceerd is.

Level of Care Survey (LOCS)

Dit meetinstrument van Furman et al. (126) bestaat uit 140 onderdelen om de volgende dimensies te evalueren: communicatie-begrip, lichamelijke gezondheid, zorgprocedures, geestelijke gezondheid en gedrag, dagelijkse activiteiten, gemeenschapsleven en psychiatrische medicatie. Dit allemaal om het niveau van de psychiatrische hulpverlening (Psych), de lichamelijke hulp (Phys) en de algemene hulp (Psych + Phys) te bepalen van een groep patiënten met ernstige psychische stoornissen. Er bestaat een Franse versie (*Inventaire de Niveaux de Soins*, INS) die gedeeltelijk is ontwikkeld op basis van de oorspronkelijke Engelse versie.

Er worden tien zorgniveaus onderscheiden: vier hebben betrekking op de zorg in de gemeenschap, drie op de zorg in een revalidatiemilieu en drie op de intensieve hulpverlening en supervisie. Dit instrument is vooral geschikt voor patiënten die langdurig zijn opgenomen of die onder toezicht wonen.

In Quebec hebben onderzoekers de INS aangepast en uitgebreid met een onderdeel functionele autonomie en een deel over de behoeften aan hulp (127).

8. Conclusie

Revalidatie is een term die veelvuldig gebruikt wordt, ook al blijkt het om een dubbelzinnig en slecht begrepen concept te gaan. Het gaat om een therapeutische benadering die als doel heeft de vaardigheden van de patiënt zoveel mogelijk te ontwikkelen. De revalidatie is gericht op het realiseren van die vaardigheden in concrete situaties. Het doel van deze beide processen is herstel en sociale integratie.

De revalidatie neemt een steeds grotere plaats in bij de langetermijnbehandeling van patiënten met schizofrenie. Toch blijft revalidatie een moeilijke zaak, zo blijkt uit de gegevens die momenteel voorhanden zijn: bij minder dan de

helft of een derde van de patiënten is revalidatie een succes. Het is dus van essentieel belang dat het zorgteam samen met de patiënt een behandelplan opstelt en vanaf het begin van de behandeling van start gaat met de revalidatie. Naast medicatietrouw zijn ook psycho-educatie, professionele reïntegratie, het rekening houden met de mening van de patiënt, opleiding, sociale reïntegratie, samenwerking met en begeleiding door een vaste hulpverlener belangrijke factoren voor een succesvolle psychiatrische revalidatie. Er bestaan verschillende organisatiemodellen voor de begeleiding van patiënten, die nog lang niet voldoende zijn geëvalueerd. Toch is die evaluatie erg belangrijk, niet alleen om de modellen te kunnen verbeteren, maar ook om de continue onderhandelingen met de patiënt te bevorderen en hem te helpen zelfstandig te leven.

Voetnoten

1. Stadium van langdurige remissie (minimaal zes maanden). Score gelijk aan drie (zwak) of minder voor elk van de volgende 8 onderdelen op de PANSS gedurende minimaal zes maanden: waanvoorstellingen, ongewone gedachteninhoud, hallucinatoir gedrag, afgestompt gevoel, passieve/apathische sociale teruggetrokkenheid, gebrek aan spontaneïteit en conversabiliteit, maniërisme en poses, conceptuele desorganisatie.
2. PEPS = patiënten met ernstige psychische stoornissen.
3. het verlaten van de instelling om de patiënten op te zoeken in het milieu waarin ze verkeren.
4. S.P.A.D. = projecten voor psychiatrische zorg aan huis.
5. *Recommendation 29: Systems of care serving persons with schizophrenia who are high service utilizers should include assertive case management and assertive community treatment programs.*
6. *Recommendation 30: Assertive community treatment programs should be targeted to individuals at high risk for repeated rehospitalizations or who have been difficult to retain in active treatment consisting of more traditional types of services.*
7. Dit wil zeggen een baan in de gemeenschap met ten minste het minimumloon, waar iedereen naar kan solliciteren, in overeenstemming met de voorkeuren en bekwaamheden van de cliënt, zonder dat er vooraf een lang professioneel herintegratieprogramma nodig is.

Referenties

1. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2008;8:32.
2. Lesage AD, Morissette R. Chronic my a**. *Can J Psychiatry* 2002;47:617-618.
3. Barbès-Morin G, Lalonde P. La réadaptation psychiatrique du schizophrène. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2006;164(6):529-536.
4. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002;32(5):763-782.
5. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 2002;32(5):783-791.
6. Zygumt A, Olsson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159(10):1653-1664.

7. Lalonde P. Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement. *Annales Médico Psychologiques* 2007;165:183-186.
8. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia—what are the boundaries? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;102(Suppl.407):6-10.
9. Benoît A. La réadaptation sans frontières. Actes du congrès 2008 de la FFAPAMM (Fédération des Familles et Amis de la Personne Atteinte de la Maladie Mentale).
10. Lecomte T, Leclerc C. *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Presses de l'Université du Québec;2004.
11. Anthony W, Liberman RP. The Practice of rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* 1986;12:542-559.
12. Sartorius N. Rehabilitation and quality of life. *Hosp Community Psychiatr* 1992;43:1180-1181.
13. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *Am J Psychiatry* 1992;149(11):1455-1463.
14. Deleu GM. Les grands principes de la réhabilitation psychosociale. www.espace-socrate.com.
15. Kapsambelis V, Bonnet C. Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-295-E-10, 2002, 11p.
16. De Nayer A, Masson A, Delatte B, Domken M-A, Floris M, Gillain B, Stillemans E, Dubois V, Mallet L, Pirson O, Detraux J. La rémission dans la schizophrénie. *Neurone* 2006;11(6) Supplément.
17. Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* 1986;12(4):542-559.
18. Puschner B, Steffen S, Gaebel W, Freyberger H, Klein HE, Steinert T, Muche R, Becker T. Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilizers of psychiatric services (NODPAM): design and methods. *BMC Health Serv Res* 2008;8:152.
19. Bonsack C, Ferrari P, Gibellini S. Orientation et liaison à l'hôpital psychiatrique;2006. http://www.arcosvd.ch/files/arcos_psy_orient_liaison.pdf.
20. Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of receipt of after-care and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv* 1996;47(5):487-496.
21. Vallow S, Russo P, Parks J, Memran M, Stern L. Continuity of care in schizophrenia. Poster presented at the 160th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 19-24, 2007, San Diego, CA.
22. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Predicting community tenure in patients with recurrent utilization of a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27(4):269-274.
23. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004;55(6):685-690.
24. Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv* 2000;51(7):885-889.
25. Thompson EE, Neighbors HW, Munday C, Trierweiler S. Length of stay, referral to aftercare, and rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003;54(9):1271-1276.

26. Middelboe T, Mackeprang T, Hansson L, Werdelin G, Karlsson H, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Dybbro J, Nilsson LL, Sandlund M, Sörngaard KW. The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *Eur Psychiatry* 2001;16(4):207-214.
27. Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry* 2005;50(14):892-900.
28. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):473-479.
29. San L, Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, Gilaberte I. Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *Eur Psychiatry* 2007;22(8):490-498.
30. Kane JM, Crandall DT, Marcus RN, Eudicone J, Pikalov A 3rd, Carson WH, Swyzen W. Symptomatic remission in schizophrenia patients treated with aripiprazole or haloperidol for up to 52 weeks. *Schizophr Res* 2007;95(1-3):143-150.
31. Emsley R, Rabinowitz J, Medori R; Early Psychosis Global Working Group. Remission in early psychosis: Rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates. *Schizophr Res* 2007;89(1-3):129-139.
32. Kissling W, Heres S, Lloyd K, Sacchetti E, Bouhours P, Medori R, Llorca PM. Direct transition to long-acting risperidone—analysis of long-term efficacy. *J Psychopharmacol* 2005;19(5 Suppl):15-21.
33. De Hert M, Wampers M, Kane J, Peuskens J. Remission criteria for schizophrenia evaluated in a large naturalistic cohort. Poster presented at the ECNP 2005, Amsterdam.
34. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, Dube KC, Ganey K, Giel R, an der Heiden W, Holmberg SK, Janca A, Lee PW, León CA, Malhotra S, Marsella AJ, Nakane Y, Sartorius N, Shen Y, Skoda C, Thara R, Tsirkin SJ, Varma VK, Walsh D, Wiersma D. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001;178:506-517.
35. Ho BC, Andreasen NC, Flaum M, Nopoulos P, Miller D. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157(5):808-815.
36. Edwards J, Maude D, McGorry PD, Harrigan SM, Cocks JT. Prolonged recovery in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172(33):107-116.
37. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149(9):1183-1188.
38. Lieberman J, Jody D, Geisler S, Alvir J, Loebel A, Szymanski S, Woerner M, Borenstein M. Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(5):369-376.
39. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Hospital length of stay and readmission for individuals diagnosed with schizophrenia: are they related? www.icis.ca.
40. Daniels BA, Kirby KC, Hay DA, Mowry BJ, Jones IH. Predictability of rehospitalisation over 5 years for schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32(2):281-286.
41. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Près de 40 % des patients hospitalisés en raison de schizophrénie sont réadmis dans l'année suivant leur sortie. Communiqué du 17 avril 2008.
42. Mahendran R, Mythily, Chong SA, Chan YH. Brief communication: factors affecting rehospitalisation in psychiatric patients in Singapore. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51(2):101-105.
43. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. *CNS Drugs* 2002;16(7):473-484.
44. Doering S, Müller E, Köpcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Müller P, Müller-Spahn F, Tegeler J, Schüssler G. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 1998;24(1):87-98.
45. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the «revolving door» phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152(6):856-861.
46. Kent S, Yellowlees P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(4):347-350.
47. Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry* 1995;152(12):1749-1756.
48. Ayuso-Gutiérrez JL, del Río Vega JM. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;28(2-3):199-206.
49. Üçok A, Polat A, Cakir S, Genç A. One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256(1):37-43.
50. Weiden PJ, Olsson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(3):419-429.
51. Docherty JP, Grogg AL, Kozma C, Lasser R. Antipsychotic maintenance in schizophrenia: partial compliance and clinical outcome. Poster presented at the ACNP, 2002, San Juan, Puerto Rico.
52. Valenstein M, Copeland LA, Blow FC, McCarthy JF, Zerber JE, Gillon L, Bingham CR, Stavenger T. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Med Care* 2002;40(8):630-639.
53. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2004;55(8):886-891.
54. Adams SG Jr, Howe JT. Predicting medication compliance in a psychotic population. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(9): 558-560.
55. Lam FYW, Velligan DI, DiCocco M, Ereshefsky L, Maples N, Castillo D, Archuleta D, Korell S, Miller A. Comparative assessment of antipsychotic adherence by concentration monitoring, pill count and self-report. Poster presented at the 42nd Annual Meeting of NCDU (New Clinical Drug Evaluation Unit); June 10-13, Boca Raton, Florida 2002.
56. Bonsack C, Pfister T, Conus P. Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *L'Encéphale* 2006;32(5Pt1):679-685.
57. Van Langenhove A, De Greef A, Massy A, Van Espen W, Vermeersch S, Maes F, Thys E, Vercruyssen V, De Hert M. Eerste ervaringen met Assertive Community Treatment in Brussel. Onderzoeksproject Assertive Community Treatment (ACT) Psycho-Sociaal Centrum St. Alexius-Elsene.
58. De Hert M, Wampers M, De Greef A, Vercruyssen V, Matton C, Thys E, Peuskens J. Psychiatrische thuiszorg: pilootproject vanuit het P.S.C. Sint-Alexius te Elsene.
59. Foster RH, Goa KL. Risperidone. A pharmacoeconomic review of its use in schizophrenia. *Pharmacoeconomics* 1998;14(1):97-133.
60. Briffault X. Un ouvrage de référence de M.F. Drummond et al.: «méthodes d'évaluation économique des programmes de santé». *Bulletin de la fédération française de psychiatrie*, juin 2005, n° 45.
61. Organisation Mondiale de la Santé (1977). La schizophrénie: étude multinationale: résumé de la phase d'évaluation initiale de l'étude pilote internationale sur la schizophrénie. *Cahiers de santé publique*, n°63, Genève, OMS, 164 pp.
62. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998;24(1):37-74.
63. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 1998, Issue 2.
64. Smith L, Newton R. Systematic review of case management. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41(1):2-9.
65. Björkman T, Hansson L, Sandlund M. Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(4):147-152.
66. Issakidis C, Sanderson K, Teesson M, Johnston S, Buhrich N. Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99(5):360-367.
67. Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *UK 700 Group. Lancet* 1999;353(9171):2185-2189.
68. Wykes T, Leese M, Taylor R, Phelan M. Effects of community services on disability and symptoms. *PRISM Psychosis Study*. 4. *Br J Psychiatry* 1998;173:385-390.
69. Aberg-Wistedt A, Cressell T, Lidberg Y, Liljeborg B, Osby U. Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995;46(12):1263-1266.
70. Fredenrich-Mühlebach A, Zinetti Bertschy A, Ehrensperger S, Guimón J. Evolution of patients treated in a day hospital specialized for schizophrenic disorders: an exploratory study. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2003;161(10):749-759.
71. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, Azorin JM, Kilian R, Hansen K, Toumi M. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 2007;191:30-37.
72. Killackey EJ, Jackson HJ, Gleeson J, Hickie IB, McGorry PD. Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(11-12):951-962.
73. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(5):337-349.
74. Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, Wiersma D, Burns T; EQOLISE Group. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192(3):224-231.
75. Rapport trimestriel sur le marché de travail de l'Union européenne – Hiver 2008.

76. Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, Thornicroft G, Becker T, Ruggeri M, Herrán A; EPSILON Study Group. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105(4):283.
77. Auslander LA, Jeste DV. Sustained remission of schizophrenia among community-dwelling older outpatients. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1490-1493.
78. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000050.
79. Shepherd G. Nieuwe ontwikkelingen in de begeleiding van schizofrene patiënten. In: Pieters G, Peuskens J (Red.). *Rehabilitatie van de chronische psychiatrische patiënt*. Garant;1995.
80. Alpbem (Association Lavalloise de Parents pour le Bien-Être Mental). Plan d'intervention en situation d'urgence et de crise. <http://www.alpbem.qc.ca/imprimer.php?id=163>.
81. Burns T, Firth M. *Assertive outreach in mental health: a manual for practitioners*. Oxford University Press;2003.
82. Chapui J (Ed). *Le service des soins infirmiers de la section «E. Minkowski» en travail*. L'Écrit 2000; 31. http://files.chuv.ch/internet-docs/dpc/bibliotheque/dpc_bpul_ecrit31.pdf.
83. Leclerc C. *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Presses de l'Université du Québec.
84. Björkman T, Hansson L. What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35(1):43-50.
85. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry* 2001;158:163-175.
86. Gélinas D. Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec* 1998;XXIII,2:17-47.
87. Agence de la santé publique du Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pubs/bp_review/pdf/f_revsec1-1.pdf.
88. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007;335(7615):336.
89. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37(4):392-397.
90. Test MA. Guidelines for Assertive Community Treatment Teams. In: Roberts AR, Green GJ (Eds)(2002). *Social Workers' Desk Reference*. Oxford University Press, New-York. Cité dans: Gélinas D. *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage? Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque Suivi intensif en équipe dans la communauté: Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation organisé par l'Association des hôpitaux du Québec* le 21 novembre 2002.
91. McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. *J Ment Health Adm* 1995;22(2):113-125.
92. Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(3):393-399.
93. Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(4):657-668.
94. Ford R, Barnes A, Davies R, Chalmers C, Hardy P, Muijen M. Maintaining contact with people with severe mental illness: 5-year follow-up of assertive outreach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(9):444-447.
95. Latimer E. Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *J Psychiatry Neurosci* 2005;30(5):355-359.
96. Bond GR, McGrew JH, Fekete DM. Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. *J Ment Health Adm* 1995;22(1):4-16.
97. Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L, Chacko J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. *Community Ment Health J* 1998;34(3):241-250.
98. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv* 2000;51(11):1410-1421.
99. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health;2002.
100. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update)*. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health;2008.
101. Puente. *Remissie: een haalbaar streefdoel*. Brochure.
102. Maillard C. Un «pont» vers la vie normale. «Puente» accompagne les schizophrènes vers la rémission. *Journal du médecin* 01.09.2006.
103. Schrooten P. 'Puente' jette des ponts vers les schizophrènes. *Généraliste* de 14.09.2006.
104. Schrooten P. 'Puente' werpt een brug naar schizofrenen. *Huisarts* van 14.09.2006.
105. *Bibliothèques Psy*;2004. <http://www.bibliothèques-psy.com/sommaire.php/spip.php?article920>.
106. Kratz P. *Les structures de soins psychiatriques*;2004. www.cadredesante.com.
107. <http://www.guidesocial.be/infos/initiatives-d-habitations-protéegees.html>.
108. Lecomte Y. Fondements théoriques des communautés thérapeutiques pour psychotiques. *Revue de Psychanalyse filigrane* 2008;17(1). <http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/95fondem.htm>.
109. Comtois G. Réinsertion professionnelle: limitations fonctionnelles et attentes réalistes. *Journée de sensibilisation à la psychose*. Tenue le 11 novembre 2005 à l'Université de Montréal.
110. Comtois G. Etudier ou travailler une façon de reprendre sa place dans le trafic. *Mission rémission! Journée de sensibilisation à la détection et au traitement précoce des premières psychoses*. Le 26 octobre 2007. Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques. www.aqppp.com/fichiers/trafic080522.pdf.
111. Kin Wong K, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59(1):84-90.
112. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, Bell MD, Blyler CR. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001;52(3):313-322.
113. Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD003080.
114. Blondeau C, Nicole L, Lalonde P. Schizophrénie et réadaptation. *Interventions spécifiques selon les phases de la maladie*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 164, Issue 10, December 2006, Pages 869-876.
115. Comptois G, Morin C. La réinsertion professionnelle: un pas de plus vers le rétablissement! (Tiré de la conférence de Mme Ginette Comptois et Mme Caroline Morin présentée en avril 2007 à la Société québécoise de la schizophrénie). *Défi schizophrénie* 2007;12(2)mars-avril.
116. Bond GR. Principles of the individual placement and support model: empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1998;22(1):11-23.
117. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauer C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D; EQOLISE Group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370(9593):1146-1152.
118. van Erp NH, Giesen FB, van Weeghel J, Kroon H, Michon HW, Becker D, McHugo GJ, Drake RE. A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2007;58(11):1421-1426.
119. Gaal E, van Weeghel J, van Campen M, Linszen D. The trainee project: family-aided vocational rehabilitation of young people with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2002;26(1):101-105.
120. SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins, Conseil National des Etablissements hospitaliers. Section «Programmation et Agréments». *Avis relatif à la poursuite et à la généralisation de la fonction de soins «Activation» dans les SSM*;2004.
121. Pieters G, De Hert M. Assessment en psychiatrische rehabilitatie. In: Pieters G, Peuskens J (Red.). *Rehabilitatie van de chronische psychiatrische patiënt*. Garant;1995.
122. De Hert M, Bussels J, Lindström, Abrahams F, Fransens C, Peuskens J. PECC. *Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers*. EPO.
123. Shepherd G (1990). *CDC case management needs review summary*. Citeerd in: Pieters G, De Hert M. *Assessment en psychiatrische rehabilitatie*. In: Pieters G, Peuskens J (Red.). *Rehabilitatie van de chronische psychiatrische patiënt*. Garant;1995.
124. Brewin CR, Wing JK. *Manual of the MRC Needs for Care Assessment*, Memo. MRC Social Psychiatry Unit, London;1989.
125. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995;167(5):589-595.
126. Furman WM, Phil M, Lund DA. The assessment of patient needs: description of the level of care survey. *J Psychiatr Treat Eval* 1979;1:38-46.
127. Pilon W, Arsenault R. Caractéristiques des populations au Centre hospitalier Robert-Giffard: personnes ayant des incapacités intellectuelles et personnes atteintes de maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 1997;22(2):115-136.

