

REACTIE OP

‘Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening’ en ‘Functioneel herstel en zelfregulatie’

Wij reageren op twee artikelen die recent in dit tijdschrift zijn verschenen, namelijk ‘Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening’ (Wiersma e.a. 2015) en ‘Functioneel herstel en zelfregulatie’ (Van der Stel 2015).

Wat is ‘functioneel’?

In de artikelen wordt het woord ‘functioneel’ verschillend gebruikt. Van der Stel bedoelt met ‘functioneel herstel’ het herstellen van psychische functies, vanouds het terrein van de revalidatie. Wiersma e.a. bedoelen met ‘functionele remissie’ de mate van herstel op de gebieden wonen en zelfzorg, werken, (beroeps)opleiding, doelgerichte dagbesteding en sociale contacten. Zij hebben het over verbetering van maatschappelijk rolfunctioneren, vanouds het terrein van de rehabilitatie. Wij stellen voor om voor de duidelijkheid voortaan te spreken over ‘herstel van psychische functies’ en ‘herstel van maatschappelijk functioneren.’

Herstel: subjectief en objectief

Zoals Slade (2009) betoogt, is herstel uiteindelijk een persoonlijk, subjectief proces, dat overigens ook op een meer objectiverende wijze kan worden bestudeerd. Wiersma e.a. hebben het nadrukkelijk alleen over de ‘objectieve’ beoordeling door professionals van het maatschappelijk functioneren van hun patiënten op de genoemde gebieden. Van der Stel hanteert een bredere optiek. Hij benoemt vier vormen of aspecten van herstel. In zijn model zijn klinisch, functioneel en maatschappelijk herstel ‘objectieve’ herstelprocessen. ‘Persoonlijk herstel’ is een subjectief proces. Patiënten hebben echter naar onze mening ook hun eigen, subjectieve verhaal over hun klinisch, functioneel en maatschappelijk herstel. Wij denken dat het juist is te stellen dat alle aspecten van herstel zowel subjectief als objectiverend bekeken kunnen worden.

Het is van belang om dit te constateren omdat de subjectieve beleving van functiestoornissen een belangrijk uitgangspunt bij de behandeling is.

Herstel van psychische functies: revalidatie

Van der Stel besteedt veel aandacht aan de revalidatie van executieve functies en schrijft dat hij ‘een goed onderbouwde systematiek mist om – los van de aandoening – samen met de patiënt in kaart te brengen wat hij in zijn

LITERATUUR

- Busschbach J van, Swidens W, Michon H, Kroon H, van Os J, Wiersma D. Succesvol met de individuele rehabilitatiebenadering. In: van Rooijen S, van Weeghel J, red. Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011. Amsterdam: SWP; 2011. p. 119-32.
- Slade M. Personal recovery and mental illness. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 38-9.
- Stel J van der. Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor patiënten en psychiaters. Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 815-22.
- Swidens W, van Busschbach JT, Michon H, Kroon H, Koeter MW, Wiersma D, e.a. Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach. Can J Psychiatry 2011; 56: 751-60.
- Wiersma D, Visser E, Bähler M, Bruggeman R, Delespaul PA, van der Gaag M, e.a. Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening; psychometrische eigenschappen van een nieuw ROM-instrument. Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 395-404.

AUTEURS

JOS DRÖES, psychiater np, docent, Stichting Rehabilitatie '92, Utrecht.

LIES KOREVAAR, psycholoog, lector Rehabilitatie, Hanzehogeschool Groningen.

ELS LUIJTEN, GZ-psycholoog, behandelcoördinator, GGZ Drenthe.

TOM VAN WEL, GZ-psycholoog, medisch socioloog, beleidspsycholoog en onderzoeker, ABC Altrecht.

ANNEMARIE ZIJLSTRA, rehabilitatiespecialist, Promenscare Drenthe en directeur, Stichting Rehabilitatie '92, Utrecht. Alle auteurs zijn als docenten verbonden aan de Stichting Rehabilitatie '92 te Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Jos Dröes.

E-mail: josdroes@wxs.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Reaction on ‘Functional remission of people with serious mental illness’ and ‘Functional recovery and self-regulation’



ARTIKEL



bestaan nodig heeft.' De zeer systematisch uitgewerkte functionele- en hulpbrondiagnostiek van de individuele rehabilitatiebenadering (IRB) wordt al meer dan twintig jaar gebruikt om mensen te helpen bij het krijgen van inzicht welke vaardigheden en hulpbronnen zij subjectief én objectief nodig hebben om hun doelen te verwezenlijken (Swildens e.a. 2011; van dit artikel staat een Nederlandse bewerking elders in dit nummer; red.). Een belangrijk onderdeel van deze systematiek is dat het door de cliënt verwerven van vaardigheden en hulpbronnen gebeurt in de context van zelf gestelde, subjectieve participatiedoelen. Uit onderzoek blijkt dat overeenstemming van patiënt en hulpverlener over deze doelen een belangrijke succesfactor is voor het bereiken daarvan (Van Busschbach e.a. 2011).

Herstel van maatschappelijk functioneren: rehabilitatie

Als rehabilitatiedeskundigen zijn wij verheugd over de structurele aandacht voor de uitkomsten van behandeling op de traditionele rehabilitatiegebieden zoals beschreven door Wiersma e.a. We beschouwen dit als een belangrijke stap om herstel niet alleen te meten op het gebied van ziekte en symptomen, maar ook op het gebied van maatschappelijk functioneren. De objectieve maat die Wiersma e.a. presenteren, zou aangevuld moeten worden met een subjectieve beoordeling van het maatschappelijk functioneren door patiënten en familieleden.

Conclusie

Herstel van functioneren staat in de belangstelling. Het verdient aanbeveling om herstel van psychische functies (door revalidatie) en herstel van maatschappelijk functioneren (door rehabilitatie) te onderscheiden. Er zijn goed uitgewerkte rehabilitatietechnieken om deze processen te ondersteunen. Alle aspecten van herstel zouden altijd beschreven moeten worden in zowel subjectieve als objectieve termen.

ANTWOORD AAN

Dröes e.a.

Dröes en zijn collega's merken terecht op dat het woord 'functioneel' in de twee artikelen verschillende betekenissen heeft. We kunnen ons dan ook goed vinden in hun voorstel om in het vervolg een onderscheid te maken tussen 'herstel van psychische functies' en 'herstel van maatschappelijk functioneren'. Dat kan onnodige spraakverwarring helpen voorkomen.

AUTEURS

JAAP VAN WEEGHEL, hoogleraar Rehabilitatie en Participatie mensen met EPA, Universiteit van Tilburg.

DURK WIERSMA, hoogleraar Klinische Epidemiologie Psychiatrische Stoornissen, UMCG, Groningen.

ELLEN VISSER, senior onderzoeker, UMCG, Groningen.

MICHIEL BÄHLER, psycholoog, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

RICHARD BRUGGEMAN, psychiater, UMCG, Groningen.

PHILIPPE DELESPAUL, hoogleraar Zorginnovaties in de GGZ, MUMC, Maastricht.

MARK VAN DER GAAG, hoogleraar Klinische Psychologie, VUmc, Amsterdam.

LIEUWE DE HAAN, hoogleraar Psychotische Stoornissen UvA, Amsterdam.

RENÉ KEET, psychiater, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

YOLANDA NIJSSEN, onderzoeker, Parnassia Groep, Den Haag.

JIM VAN OS, hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie, MUMC, Maastricht.

MARIEKE PIJNENBORG, senior onderzoeker, UMCG, Groningen.

CEES SLOOFF, psychiater, GGZ Drenthe, Assen.

WILMA SWILDENS, senior onderzoeker, Altrecht, Utrecht.

ANNERIEKE DE VOS, onderzoeker, GGZ Drenthe, Assen.

LEX WUNDERINK, psychiater, GGZ Friesland, Leeuwarden.

NIELS MULDER, hoogleraar Openbare GGZ, Erasmus MC, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Jaap van Weeghel, Tilburg University, Tranzo,

Kamer T 419, Postbus 90153 5000 LE Tilburg.

E-mail: J.vanWeeghel@uvt.nl

In ons artikel bespraken we de ontwikkeling van een meetinstrument om in het kader van *routine outcome monitoring* (ROM) de mate van herstel in het sociaal-maatschappelijk functioneren (op de gebieden wonen en zelfzorg, werken, (beroeps)opleiding of doelgerichte dagbesteding en sociale contacten) te kunnen vaststellen. Dröes e.a. stellen terecht dat ons daarbij een 'objectieve' maat voor ogen stond: professionals beoordelen vanuit een maatschappelijk perspectief het functioneren van de patiënt op de drie genoemde domeinen.

Wij onderschrijven hun pleidooi om daarnaast een subjectieve beoordeling van het maatschappelijk functioneren door patiënten en familieleden in te voeren. Op dit moment werkt de landelijke expertgroep voor ROM bij ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA's) aan een nieuw ROM-instrument waarin veranderingen op alle drie dimen-

sies van herstel (symptomatisch, maatschappelijk en persoonlijk) worden gemeten. Met dit instrument kunnen patiënten niet alleen hun persoonlijk herstel beoordelen, maar kunnen zij ook aangeven hoe zij zelf hun symptomatisch en maatschappelijk herstel inschatten. Naar dit instrument zal in 2016 een valideringsonderzoek plaatsvinden.

Voorts juichen ook wij het toe dat Van der Stel een lans breekt voor de revalidatie van executieve functies ten einde de zelfregulatie van mensen met een EPA te helpen verbeteren. Maar wij achten het niet nodig om 'herstel van psychische (executieve) functies' als een aparte dimensie van herstel te benoemen; dit kan naar ons idee heel goed bij de dimensie 'symptomatisch herstel' worden ondergebracht.

Niettemin is het ook onze indruk dat het systematisch inschatten en verwerven van executieve vaardigheden nog veel te weinig gebeuren in de dagelijkse zorg voor mensen met EPA. Terecht brengen Dröes e.a. onder de aandacht dat de IRB een goed uitgewerkte en bewezen effectieve systematiek biedt waarmee cliënten inzicht kunnen verwerven in de specifieke vaardigheden en hulpbronnen die zij nodig hebben om hun zelfgekozen doelen te kunnen verwezenlijken. Maar het is niet aangetoond dat de IRB ook tot gegeneraliseerde verbeteringen in het executief functioneren leidt. Overigens geldt dat niet alleen voor de IRB: in het algemeen constateren we dat er nog maar weinig bewijs is dat executieve vaardigheden, bijvoorbeeld bij mensen met een psychotische stoornis, via gerichte interventies verbeterd kunnen worden.

Wat ons betreft zal de discussie niet moeten gaan over de vraag óf ggz-professionals zich extra moeten inspannen om de executieve functies van hun cliënten zorgvuldig in te schatten en te helpen ontwikkelen; de centrale vraag is veeleer hóe dat het beste kan gebeuren en, bij gebleken effectiviteit, hoe we ervoor kunnen zorgen dat de desbetreffende interventies vervolgens breed worden toegepast in de reguliere zorg.

ANTWOORD AAN

Dröes e.a.

Enkele jaren terug werden onder de vlag van herstel allerlei nieuwe ideeën over de psychische gezondheidszorg gelanceerd. De cliëntenbeweging liet van zich spreken en benadrukte terecht dat er meer was dan klinisch herstel (de reductie van symptomen) of rehabilitatie op het vlak van wonen en werken. De discussies over herstel kregen zo'n ideologische lading dat het mij goed leek om het her-

AUTEUR

JAAP VAN DER STEL, lector GGZ Hogeschool Leiden, senior onderzoeker GGZ inGeest.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. dr. J.C. van der Stel, Bakensgracht 46 A,
2011 JX Haarlem.
E-mail: jaapvanderstel@gmail.com

stelconcept in vier aspecten of dimensies te onderscheiden. Tenslotte, wat je ook van alle inspanningen in de psychische zorg vindt, iedereen is gericht op en draagt bij aan een aspect van herstel. We hebben elkaar nodig en het is belangrijk dat iedereen het grotere geheel kan overzien. Daarom mijn vierslag waarin telkens een woord vóór herstel is geplaatst: klinisch, maatschappelijk, persoonlijk en functioneel herstel. Uiteindelijk is de cliënt of patiënt daarbij het belangrijkste subject, maar bijvoorbeeld bij klinisch herstel is het evident dat behandelaars duidelijk aan zet zijn. En toch geldt ook voor hen dat zij er oog voor moeten hebben dat het persoonlijk herstel, dat veel dichterbij de patiënt zelf ligt, wellicht wel belangrijker is.

Echter, de door Droës e.a. geopperde gedachte dat voor mij alleen persoonlijk herstel een 'subjectief proces' is, is mij vreemd. En je hoeft je maar even in te leven in een patiënt om te snappen dat bij alle aspecten van herstel *jij* uiteindelijk de belangrijkste factor bent. Deze vierslag is inmiddels ingeburgerd in bijvoorbeeld de verslavingszorg en een aantal instellingen in de psychische zorg, waaronder GGZ inGeest.

Het is plezierig dat Droës e.a. het belang van het herstel van functies, in onderscheid van het herstel van het maatschappelijk functioneren, ondersteunen. Daar is dus geen discussie over, wel blijkbaar over de terminologie. Woorden hebben meerdere betekenissen, vaak maakt de context uit welke betekenis bedoeld wordt. In zekere zin is het ook een kwestie van wennen. Als Droës e.a. liever over 'herstel van functies' in plaats van functioneel herstel willen spreken, en wanneer we daarbij hetzelfde bedoelen (het herstel en ontwikkelen van de executieve functies die het maatschappelijk functioneren mogelijk maken), dan heb ik daar vrede mee. Wellicht is het dan nog verstandiger het voortaan over *functieherstel* te hebben.

Ik ben uiteraard op de hoogte van de IRB-methode. Inderdaad komt de term 'functioneel' daar ook in voor. Bij nadere beschouwing is er wel een verschil tussen wat mij voor ogen staat en waar de IRB de aandacht op richt. De IRB gaat goedbeschouwd over maatschappelijk herstel en sociaal functioneren. Er wordt niet systematisch gezocht

naar eventuele moeilijkheden op het vlak van de executieve functies, de belangrijkste psychische functies die zelfregulatie mogelijk maken.

Als ik met collega's werk aan een nieuwe methodiek om op dit vlak lacunes weg te nemen, is dat niet bedoeld als vervanging van de IRB, maar ter aanvulling. De instellingen met wie wij samenwerken om die methodiek te ontwikkelen, en die de IRB al jaren toepassen, zien dat ook zo. Wij laten ons daarbij leiden door de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Daarin wordt ook duidelijk onderscheid gemaakt tussen functies en (sociaal) functioneren. Het is een subtiel, maar belangrijk onderscheid: bij het functioneren ligt de focus meer op het manifest gedrag, bij functies kijk je naar de (psychische) processen die daaraan ten grondslag liggen. Bij GGZ inGeest vatten wij overigens de focus op functieherstel naast het klinisch herstel op als kernpunten van de psychische zorg (basis- en specialistische ggz). De aandacht voor het verbeteren en ontwikkelen van psychische functies hoeft niet alleen in een nazorgfase positioneerd te worden.

Recent ontvingen wij de Phrenos-Lustrumprijs voor ons

voorstel een methodiek te ontwikkelen voor het samen met directbetrokkenen in kaart brengen van moeilijkheden op het vlak van de executieve functies, om vervolgens daarvoor oplossingen te zoeken (<http://www.kenniscentrumphrenos.nl/over-phrenos/eerste-lustrum/>). In deze methodiek is de persoon vanzelfsprekend leidend: het gaat om zijn of haar leven. Deze bepaalt welke waarden worden toegekend aan de verschillende onderdelen. De persoon voert ook regie over welke aspecten van functieherstel gewenst zijn.

De jury was goeddeels samengesteld uit mensen met persoonlijke ervaring met psychische problemen. Hun positieve oordeel over ons voorstel weerspiegelde een observatie die ik de afgelopen jaren vaker heb meegemaakt: ervaringsdeskundigen snappen vaak meteen waarover je het hebt als je spreekt over het herstellen van executieve functies en het belang van zelfregulatie. Terwijl hulpverleners vaak zeggen 'we doen het al, maar we noemen het anders', is hun reactie veelal 'hadden ze dat maar eerder gedaan, ik heb het zelf moeten uitvinden'. Alle reden om samen te werken in plaats van elkaar ingezonden brieven toe te sturen.

VERBETERING

In de bijdrage van Wesseloo in het vorige nummer (2016; 58: 160-1), met als titel 'Terugvalrisico post partum bij bipolaire stoornis of postpartumpsychose: een systematische review en meta-analyse' was bij de verwerking van de kopij een fout geslopen in de figuur. De uitleg bij A moet als volgt luiden: A. Risico op terugval post partum per diagnostische groep (95%-BI). De genoemde I²-waarden gelden voor de categorie: bijv, bij A: I² voor bipolaire stoornis = 95%.