

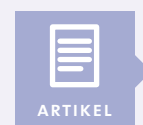
# Monitoren met vier herstelfasen; eerste ervaringen binnen FACT

K.M.L. HUIJBREGTS, L.H. GROBBINK, M. JANSEN, E.J. VERHOEVEN, F.E. VAN DIJK

- ACHTERGROND** Na een audit gingen de flexible assertive community treatment-teams (FACT-teams) in Winterswijk op zoek naar een manier om herstelgericht te werken en monitoren. Daarbij leek gebruik van vier eerder beschreven herstelfasen de moeite van het onderzoeken waard.
- DOEL** Pilotstudie naar de mogelijkheden om met vier herstelfasen, van overspoeld door de aandoening tot leven voorbij de aandoening, tot een meer herstelgerichte werkwijze binnen FACT te komen.
- METHODE** De FACT-teams gingen monitoren met de herstelfasen en ontwikkelden een herstelgericht interview waarmee behandelaars samen met de patiënt de actuele herstelfase kunnen bepalen en nagaan hoe deze een fase verder kan komen. Vervolgens werd geëvalueerd wat dit had opgeleverd.
- RESULTATEN** Het monitoren met herstelfasen bleek nuttig bij het in beeld brengen van zowel goedlopende als stagnerende behandelingen bij de FACT-teams. De herstelfasen werden een vast onderdeel van het standaardbehandelplan in het elektronisch patiëntendossier. Een belangrijke opbrengst van het project was ten slotte ook het herstelgerichte interview dat we ontwikkelden.
- CONCLUSIE** Monitoren en interviewen op basis van de herstelfasen leidt subjectief tot meer verdiepende en meer herstelgerichte behandelbeoordelingen. Meer empirisch onderzoek is nodig naar deze methode.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)5, 385-392

**TREFWOORDEN** FACT, herstel, herstelfasen, rehabilitatie



Enige tijd geleden kwam GGnet in het nieuws omdat een intern project aantoonde dat bij veel patiënten met chronische en ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) de diagnose herzien moest worden en dat aanvullende of andere behandeling geïndiceerd was (Timmermans 2018). Ondanks jaarlijkse behandelbeoordelingen, bleek toch dat vooral verstandelijke beperkingen en trauma gemist werden bij deze groep patiënten. Deze resultaten worden onderschreven door verschillende peer-reviewed studies die bij GGnet (in samenwerking met andere instellingen) zijn uitgevoerd (Seelen-de Lang 2019; Nieuwenhuis e.a. 2017; 2019).

Dit beeld herkenden wij bij de FACT-teams in de regio Winterswijk (ook onderdeel van GGnet). De voortgang van de behandeling wordt gemonitord (mondeling en middels ROM-vragenlijsten), maar blijkbaar biedt dit onvoldoende aanknopingspunten om patiënten bij wie de behandeling

stagneert weer verder te brengen en om tot voldoende verdiepende diagnostiek te komen. Bovendien worden positieve herstelgerichte behandelresultaten met de huidige monitoring ook niet voldoende inzichtelijk. Toen daarnaast bij de recentste FACT-audit (tweede helft 2017) de feedback kwam dat we nog herstelgericht zouden kunnen werken, vormde dat het vertrekpunt voor een project om de genoemde punten te verbeteren. Een projectgroep herstelgericht werken en monitoren werd geformeerd.

## Probleemanalyse

De projectgroep startte met een probleemanalyse. Wat zijn de zwakke punten van de huidige vorm van monitoring en evaluatie binnen FACT?

De bij FACT veelgebruikte ROM-vragenlijsten *Health of the Nation Outcome Scales* (HONOS; Wing e.a. 1998) en *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (MANSA; Priebe e.a. 1999)

zijn onvoldoende gericht op het wisselende karakter en het vaak langdurige beloop van de klachten en problemen. De vragen gaan respectievelijk over 'de afgelopen twee weken' en 'op dit moment'. Aangezien ze veelal eens per jaar worden afgenomen bij de behandelplaneluatie levert dit zowel vertekening naar de positieve als naar de negatieve kant op (regressie naar het gemiddelde). Waar de MANSJA nog gericht is op de kwaliteit van leven, is de HONOS vooral gericht op in de tijd fluctuerende symptomen. In zijn boek *Psychische gezondheid op maat* noemt Van der Stel (2016) dit ook wel 'symptomatisch herstel'.

Hij raadt aan om herstel in een breder perspectief te plaatsen en hij noemt vier vormen van herstel in het boek. Naast symptomatisch herstel onderscheidt Van der Stel functioneel herstel (bijvoorbeeld verbeterd executief functioneren), maatschappelijk herstel (verbetering op het vlak van wonen, werk, inkomen en sociale relaties) en persoonlijk herstel (zélf betekenis kunnen verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd en het stap voor stap meer greep krijgen op het eigen leven). Als verder symptomatisch herstel uitblijft, zijn er vaak nog wel opties voor de andere vormen. Bij functioneel herstel kan bijvoorbeeld een neuropsychologische sterkte-zwakteanalyse nuttig zijn (Van der Stel 2016).

Neem bijvoorbeeld een casus van een patiënt met een recidiverende depressieve stoornis met psychotische kenmerken. Hij/zij kan soms jarenlang in behandeling zijn, waarbij het met de depressie in bepaalde fasen beter gaat en dan weer slechter. Volledige symptomatische remissie valt niet te verwachten: bij meer dan twee depressieve episoden is de kans op nieuwe episoden immers 90% (Elgersma e.a. 2011). Deze patiënt zal daarom mogelijk niet tot duurzaam volledig symptomatisch herstel komen, maar kan mogelijk wel herstellen op andere dimensies.

### Vier herstelfasen

Een andere methode om de beschrijving van het herstelproces van patiënten te operationaliseren – met een bredere benadering dan alleen symptomatisch herstel – zijn de herstelfasen die werden omschreven door Spaniol e.a. (2002). Deze herstelfasen wekten meteen de indruk binnen de projectgroep dat ze zeer bruikbaar zouden zijn in de klinische praktijk bij de doelgroep van FACT. Het begripkader bleek relatief eenvoudig te zijn, wat aansloot bij wat de projectgroep beoogde: komen tot een kwalitatief zo goed mogelijk jaargesprek over de voortgang van de behandeling.

De vier in kwalitatief onderzoek aan het licht gekomen herstelfasen zijn als volgt omschreven (Hendriksen-Favier 2012):

### AUTEURS

**KLAAS HUIJBREGTS**, gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, Polikliniek en FACT-team Winterswijk, GGNet.

**LEONIE GROBBINK**, gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, Polikliniek en FACT-team Oude IJssel, GGNet.

**MARCEL JANSEN**, verpleegkundige, FACT-team Winterswijk, GGNet.

**LIAN VERHOEVEN**, spv, FACT-team Oude IJssel, GGNet.

**FIONA VAN DIJK**, klinisch psycholoog, FACT-team Winterswijk en Oude IJssel, GGNet.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Klaas Huijbregts, GGNet, FACT-team Winterswijk,

Beatrixpark 1, 7101 BN Winterswijk.

E-mail: k.huijbregts@ggnet.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-11-2019.

### FASE 1

*Overweldigd worden door de aandoening*: ontredde en verwarring staan op de voorgrond. Overweldigende symptomen lijken alles te bepalen en het leven is gericht op overleven, zowel mentaal als fysiek. Kenmerken van deze fase zijn hopeloosheid, machteloosheid en het gevoel geïsoleerd te zijn van zichzelf, van anderen en van de omgeving.

### FASE 2

*Worstelen met de aandoening*: er is nog steeds angst om overweldigd te worden, maar nu dient ook de vraag zich aan hoe ermee geleefd kan worden. Er worden manieren ontwikkeld om weer contact met zichzelf te krijgen en om actief te leren omgaan met de symptomen. Kenmerken van deze fase zijn worstelingen met het gebrek aan zelfvertrouwen en de zoektocht naar de eigen identiteit.

### FASE 3

*Leven met de aandoening*: in deze fase groeit het besef dat er met de aandoening kan worden omgegaan. Hierdoor wordt de angst minder en ontstaat er ruimte om beperkingen en sterke kanten te ontdekken. Kenmerkend in deze fase is het opbouwen van een nieuw 'zelf', het herstellen van het oude 'zelf' en het ontdekken van nieuwe rollen en het (opnieuw) aangaan van contacten met belangrijke anderen.

#### FASE 4

*Leven voorbij de aandoening*: de aandoening raakt meer en meer op de achtergrond. Er is nu ruimte om de verbondenheid met anderen te voelen, capaciteiten te onderzoeken en mogelijkheden en talenten op diverse terreinen te ontdekken en in te zetten. Het is mogelijk nieuwe doelen in het leven te stellen waarbij rekening gehouden wordt met de aandoening, zonder dat die op de voorgrond staat.

#### Literatuur over 4 fasen

In een Nederlands onderzoek werden deze fasen statistisch onderzocht (Van Gestel-Timmermans e.a. 2012). In een *latent class analysis* vonden zij duidelijk bewijs voor drie groepen (klassen) patiënten – laag, gemiddeld en hoog scorend wat betreft herstel – die aanmerkelijk verschilden op een aantal proxyvariabelen voor herstel: hoop, kwaliteit van leven, geloof in de eigen copingvaardigheden (*self-efficacy beliefs*), en empowerment. Voor deze groepen werd gekeken of zij ook correspondeerden met een operationalisatie van de herstelfasen ‘overweldigd’ (1), ‘worstelen’ (2) en ‘leven met’ (3). Voor de herstelfasen werden de variabelen eenzaamheid, sociale contacten die dichtbij staan, gebruik van psychofarmaca, algemene gezondheid (zowel somatisch als psychisch) en taakgerichte coping relevant geacht. Dit bracht inderdaad een fasering naar voren: de 3 geïdentificeerde klassen (laag, gemiddeld en hoog) scoorden daadwerkelijk hoger op al deze variabelen oplopend van klasse 1 tot 3.

Hiermee zijn er naast het kwalitatieve onderzoek dat de herstelfasen aan het licht bracht (Spaniol e.a. 2002) nu ook kwantitatieve aanwijzingen voor het bestaan ervan (Van Gestel-Timmermans e.a. 2012). Daarmee is een complete empirische cyclus doorlopen (via inductie middels kwalitatief onderzoek naar deductie en hypothesetoetsing middels kwantitatief onderzoek).

De vierde herstelfase, leven voorbij de aandoening, werd niet teruggevonden in het onderzoek van Gestel-Timmermans e.a. De auteurs noemen daarvoor zelf als waarschijnlijke verklaring dat de respondenten in het onderzoek nog in behandeling waren. Aangezien leven voorbij de aandoening een eindstadium is, lijkt het inderdaad niet waarschijnlijk dat veel patiënten nog tijdens hun behandeling deze fase al bereiken (ze zouden dan immers waarschijnlijk worden uitgeschreven).

Spaniol e.a. (2002) vonden deze fase overigens ook niet in hun oorspronkelijke kwalitatieve onderzoek: ze destilleerden haar uit zelfhulp literatuur en niet zozeer uit hun interviews. Ze vonden het belangrijk deze vierde fase toch toe te voegen omdat ze hoop wilden bieden aan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen: dat een leven voorbij de aandoening inderdaad mogelijk is (hierdoor worden patiënten en hulpverleners uitgedaagd om verder

te denken over herstel dan alleen het verminderen van de symptomen).

Een dergelijke vierde fase (aanvaarding) is ook onderdeel van een zeer vergelijkbaar fasemodel dat men toepast in de neurorevalidatie (Ponds & Smits 2016). Met aanvaarding bedoelt men dat hersenletsel iemand niet meer beheerst, maar dat het onderdeel van diens leven is geworden en de persoon verder kan. Dit fasemodel voor het accepteren van hersenletsel omvat de fasen controleverlies, strijd, beheersing en aanvaarding. Dat zulke fasen zijn ontwikkeld in een andere setting dan FACT (maar wel in een populatie waarin tevens chroniciteit en neuropsychiatrische aspecten een rol spelen), draagt bij aan de face-validity van de herstelfasen.

#### Vraagstelling pilotonderzoek

Voor zover ons bekend zijn de herstelfasen tot op heden nog geen onderwerp van toegepast wetenschappelijk onderzoek geweest. Replicatieonderzoek naar het bestaan ervan is gezien het geringe aantal studies geen overbodige luxe, maar er lijkt toch wel voldoende onderbouwing te zijn om al eens verkennend te kijken naar de klinische bruikbaarheid. De opties daartoe verkennen wij in dit artikel. De vraagstelling daarbij was: wat is de toegevoegde waarde van werken met herstelfasen tijdens evaluatie van behandeling en bij het maken van een vervolgebepaling?

#### PILOTONDERZOEK

##### Samenstelling projectgroep

De projectgroep bestond uit de gz-psycholoog in opleiding tot specialist (KH, eerste auteur van dit artikel), een ggz-agoog en een verpleegkundige (MJ, derde auteur) uit het ene FACT-team (FACT-team W.). Vanuit het andere FACT-team (FACT-team O.) sloot een half jaar later (begin 2018) ook een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige in opleiding aan (LV, vierde auteur). Tevens was een ervaringsdeskundige, betrokken bij beide FACT-teams, opgenomen in de projectgroep.

##### Werkwijze projectgroep

Na de beschreven oriënterende fase die tot de keuze voor de herstelfasen leidde en tot het formuleren van de onderzoeksvraag, werd een strategie bepaald die moest helpen bij het implementeren van de herstelfasen in de FACT-teams. Als eerste ontwikkelden we een kort semigestructureerd interview waarmee de behandelaar samen met de patiënt de actuele herstelfase kan bepalen en een plan kan maken om verder herstel te bevorderen. De kern van het interview baseerden we op de vier vragen die Van Os (2014) noemt in zijn boek *De DSM voorbij*. Deze vragen werden, in combinatie met elementen uit de oplossingsgerichte therapie (Ban-

**TABEL 1** Herstelgericht interview

*Stap I.* In deze stap bepaalt de coördinerend behandelaar samen met de patiënt de herstelfase waarin de patiënt gemiddeld genomen heeft gezeten in het afgelopen jaar. De behandelaar licht eerst de fasen toe, vraagt vervolgens de patiënt om te beredeneren welke fase hem/haar passend lijkt en bespreekt vervolgens zijn/haar eigen indruk met de patiënt. De uitkomst van de ROM en een evaluatie van de behandeldoelen kunnen hierbij faciliterend werken. Als de patiënt en de behandelaar het eens zijn over de herstelfase volgt stap II.

*Stap II.* In deze stap interviewt de coördinerend behandelaar de patiënt om erachter te komen wat nodig is om een herstelfase verder te komen. Hij of zij stelt daarbij in ieder geval de volgende vragen.

- a. Wat is er met je gebeurd? (vooral relevant bij fase 1)
- b. Hoe ben je gekomen waar je nu staat? (bij de fasen na fase 1)
- c. Waaraan zou je merken dat je weer een fase bent opgeschoven? Wanneer is je doel behaald?
- d. Wat is er voor nodig om daar te komen?
  - Wat is je kracht?
  - Wat zijn je valkuilen?
  - Wat worden je hersteldoelen voor de komende tijd? (zo veel mogelijk volgens de SMART-methode geformuleerd)
- e. Wie heb je nodig om dat te bereiken? Beschrijf hierbij ook de situatie van de familie en vrienden (dus niet alleen de inzet van hulpverleners).
- f. Evaluatie medicatie.
- g. Terugvalpreventie: verwijs naar signaleringsplan. Acties met patiënt benoemen om snel weer naar een hogere herstelfase terug te keren. Als iemand in fase 3/4 zit nadrukkelijk ook focussen op groeimogelijkheden (Hoe kun je groeien in je leven nu het zoveel beter gaat?). In fase 1 hoeft dit kopje niet ingevuld te worden.

nink 2013), gebruikt om samen met de patiënt een plan te formuleren over hoe een herstelfase verder te komen in het daaropvolgende jaar. In **TABEL 1** wordt dit interview beschreven.

De in ons semigestructureerde interview gestelde vragen leken overigens sterk op die uit het *Herstelondersteunend interview* (HOI) dat bij GGZ Noord-Holland-Noord is ontwikkeld (daarvan waren wij niet op de hoogte toen wij ons interview bedachten). Vragen als ‘Wat is er gebeurd?’ en ‘Waar wil je naar toe?’ komen in beide interviews terug. Ervaringsdeskundigen spelen overigens een belangrijke rol bij het HOI. Dit lijkt ons een zinvolle aanvulling op de aanpak die wij in dit artikel beschrijven. Zie ook: [www.wegvandewachtlijst.nl](http://www.wegvandewachtlijst.nl).

In de teams bespraken we het model, de mogelijke waarde van klinische toepassing, en het plan dat we hiermee, naast de reguliere ROM, wilden gaan monitoren in de aanloop naar de jaarlijkse behandelplaneluvaluaties. We oefenden in rollenspellen hoe je met een patiënt de herstelfase zou kunnen bepalen waar hij/zij gemiddeld genomen in had gezeten in het afgelopen jaar en hoe hij/zij in het aankomende jaar een fase verder zou kunnen komen. Daarbij diende het herstelgerichte interview als hulpmiddel om doelen te bepalen die het opschuiven van een fase in de hand kunnen werken. Eén van de teams (team W.) koos er daarbij voor om standaard de herstelfase expliciet te

benoemen tijdens de behandelplanbespreking en deze ook op te nemen in de brief aan de huisarts.

Om te bepalen in welke mate het werken met herstelfasen ook echt een onderdeel van de dagelijkse manier van werken van de FACT-teams was geworden, besloten we onder meer te kijken hoe vaak die genoemd werden in de evaluatieformulieren van de behandelplanbespreking. Daarnaast bespraken we met de teams hoe zij het werken met de fasen ervoeren en welke barrières zij zagen wat betreft de implementatie.

## Resultaten

In het eerst startende team van waaruit ook de meeste afgevaardigden aan de projectgroep hadden deelgenomen (team W), was de score hoog. Bij een steekproef ( $n = 10$ ) op 29-5-2019 bleek dat de herstelfase in 80% van de gevallen terugkwam in het evaluatieformulier. In het andere team bleek slechts 1 van de 10 evaluatieformulieren uit een gelijke steekproef informatie over de herstelfase te bevatten.

Bij de evaluatie van wat het project tot nu toe had opgeleverd, werd onder andere naar voren gebracht dat het monitoren met herstelfasen nuttig is bij het in beeld brengen van zowel goedlopende als stagnerende behandeltrajecten. Wat betekent het bijvoorbeeld als een patiënt jaar in, jaar uit in de fase ‘Worstelen met de aandoening’

**TABEL 2** Beschrijving van fictieve casus

### *Bepalen van de herstelfase*

Een 40-jarige patiënte met een bipolaire stoornis bereidt samen met haar behandelcoördinator de behandelplanbespreking in het FACT-team voor. Ze nemen samen het herstelgerichte interview door. Als eerste stap bepalen ze de herstelfase. De behandelaar licht de herstelfasen toe door de Nederlandse omschrijving (Hendriksen-Favier 2012) van de fasen aan haar voor te lezen. Patiënte geeft aan te worstelen met regelmatig voorkomende hevige paniek en het gevoel te hebben dat ze weliswaar niet verder weg zinkt, maar dat ze nog steeds in het drijfzand zit. Ze schat in dat ze in fase 2 blijft steken. De behandelcoördinator herkent dit en vertelt dat binnen het team is opgevallen dat patiënte, op momenten dat ze het moeilijk heeft, een groot appel doet op verschillende mensen binnen en buiten de hulpverlening; ze reageert dan inderdaad met hevige paniek en laat al haar verantwoordelijkheden los. Patiënte wil dit soort perioden voorkómen, maar dat lukt niet goed. Ze is echt aan het worstelen, en dat maakt het ook herstelfase 2 voor haar. Dat het na drie jaar behandeling niet lukt om in herstelfase 3 te komen is frustrerend voor haar. Toch is ook zeker het één en ander bereikt in het afgelopen jaar. Daar starten ze mee.

### *Verslag van wat bereikt is en welke vragen er liggen om een fase verder te komen*

Op de eerste plaats is haar benzodiazepineverslaving succesvol afgebouwd. Nadien heeft patiënte een verslaving opgebouwd met vrij te verkrijgen middelen van een drogisterij, maar ook die is afgebouwd. Patiënte heeft goede perioden waarin ze zorgzaam is naar haar systeem en de kerk. Ze geniet dan van haar hobby's zoals zingen en computercursussen. Haar rol in het gezin is moeder zijn die door huishoudelijke activiteiten faciliterend is waardoor gezinsleden hun rol op de boerderij kunnen uitvoeren. Ze vraagt zich af of er niet meer in het vat zit. De kerk wil een musical gaan organiseren en zoekt een regisseur. Patiënte wil wel, maar in haar gezin maakt men zich zorgen of dat niet teveel is en het tot ontregeling zal leiden. Wat opvalt bij het doornemen van het dossier is dat nooit met systematisch onderzoek is vastgesteld of het bij patiënte nu om een bipolaire I- of een bipolaire II-stoornis gaat. In het dossier staat een bipolaire I-stoornis (wat wel opvallend is aangezien zij geen stemmingsstabilisator gebruikt). Wellicht zou nieuwe diagnostiek nuttig kunnen zijn.

### *Resultaten brainstorm: voorstellen in behandeling*

- Nieuwe diagnostiek richten op de differentiaaldiagnose van bipolaire I- en II-stoornis.
- Afhankelijk van bevindingen medicatiebeleid evalueren. Lithium starten?
- Afhankelijkheid bespreken. Wellicht kan de musical regisseren een hersteldoel zijn. Daarvoor zal ze leidinggevende vaardigheden moeten ontwikkelen en daarmee vermindert wellicht de afhankelijkheid.
- Cognitieve gedragstherapie, waarin de hulpbronnen gekaderd worden en zij leert oefenen met de leiding nemen (Welke cognities belemmeren haar? Welke gedragsexperimenten kan zij doen?).
- Een systeemgesprek zou kunnen helpen om te kijken welke barrières het gezin ziet als patiënte actiever wordt buiten haar moederrol. Een hypothese is dat het overwinnen van die barrières ook invloed zou kunnen hebben op haar afhankelijkheid. Het bespreken van de uitkomst van de nieuwe diagnostiek zou een goed moment kunnen zijn voor het systeemgesprek. Mogelijk is patiënte bij een eventuele bipolaire II-stoornis dus minder kwetsbaar dan gedacht.
- Als het patiënte lukt om de musical te regisseren verwacht zij een grote stap te kunnen zetten richting herstelfase 3: leven met de aandoening.

blijft? Als de behandelplanbespreking daar onvoldoende duidelijkheid over geeft, kan bijvoorbeeld gerichte diagnostiek worden ingezet of kan men met de patiënt soms tot de conclusie komen dat behandeling in de gespecialiseerde ggz momenteel geen meerwaarde heeft.

Overigens kwamen uit de kwalitatieve analyses van Spaniol e.a. vier barrières voor herstel naar voren: armoede, middelengebruik, etniciteit/afkomst en de leeftijd waarop de klachten begonnen. Het lijkt belangrijk daarop door te vragen. Deze factoren (alsmede de therapeutische relatie)

willen we in een volgende versie van ons semigestructureerde interview een plek geven.

Een andere concrete opbrengst was dat de herstelfasen inmiddels ook een vaste plek hebben gekregen in het standaardbehandelplan in het elektronisch patiëntendossier. In **TABEL 2** illustreren wij aan de hand van een casus de methode van monitoring met de herstelfasen.

Een belangrijke opbrengst van het project was ten slotte ook het herstelgerichte interview (zie **TABEL 1**) dat we ontwikkelden.

## DISCUSSIE

Als beantwoording van de centrale vraag van ons pilotonderzoek (wat is de toegevoegde waarde van werken met herstelfasen tijdens evaluatie van behandeling en bij het maken van een vervolgbehandelplan?) concluderen wij dat de herstelfasen aangevuld met een herstelgericht interview mogelijkheden lijken te bieden voor behandelplanevaluaties in een breder kader dan alleen symptomatisch herstel. De ervaringen zijn positief, maar meer wetenschappelijke evidentie is nodig.

### Implementatie en vervolgonderzoek

Daarnaast is zorgvuldige implementatie nodig waarbij het monitoren met herstelfasen daadwerkelijk verankerd wordt in de standaardwerkwijze van een team. Team W. koos er bijvoorbeeld voor om de herstelfase altijd expliciet te bespreken tijdens de behandelplanbespreking. Dit is vermoedelijk een faciliterende factor voor implementatie geweest. Daarnaast had team W. een grotere afvaardiging in de projectgroep dan team O. en was team W. ook de initiator van het project. Managementliteratuur suggereert dat het vormen van een leidende coalitie een belangrijke voorwaarde is om een implementatie succesvol door te voeren (Kotter 2012).

Ons huidige onderzoek is niet meer dan een pilotstudie naar de klinische relevantie van de herstelfasen in combinatie met een herstelgericht interview. Vervolgonderzoek met een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) zou een belangrijke vervolgstap zijn. Daarbij verdient een clusterrandomized trial (waarbij behandellocaties worden gerandomiseerd in plaats van patiënten) de voorkeur omdat anders snel 'contaminatie' zou kunnen optreden (Van der Feltz-Cornelis & Ader 2000). Het lijkt namelijk lastig om binnen één team bij de ene patiënt wel en bij de andere niet met de herstelfasen te werken. Bij eventuele implementatie lijkt het, op basis van de in dit artikel beschreven ervaringen, belangrijk om breed draagvlak te creëren in de teams middels een leidende coalitie. Ook dient men de methodiek expliciet te verankeren in de standaardmanier van werken van het team.

### Actuele symptomen

Het blijft overigens wel degelijk van belang om – naast een bredere blik op herstel – goed naar de actuele symptomen te kijken. Zo wordt het resultaat van *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) bij een patiënt van FACT die deelbehandeling krijgt voor een enkelvoudig psychotrauma zoals een auto-ongeluk, gemonitord met de *PTSD Symptom Scale* (PSS; Foa e.a. 1993). Als de score op die vragenlijst over PTSS-symptomen niet meer daalt, dan stopt men in de regel met de EMDR-behandeling, maar stopt meestal niet het volledige traject bij FACT. Volgens ons moet bij FACT vervolgens herstel weer in een breder perspectief worden gezien. Het kwantificeren van dit bredere perspectief over langere tijd middels klachtenvragenlijsten is methodologisch uiterst lastig, zoals Hafkenscheid en Van Os (2016) in dit tijdschrift al beargumenteerden.

### Combinatie van informatie

Herstel betreft in belangrijke mate de subjectieve beleving van de patiënt. Overigens zal die subjectieve beleving niet volledig te vangen zijn door het toepassen van herstelfasen. Een combinatie van verschillende informatiebronnen (bijvoorbeeld het betrekken van het steunsysteem, evaluatie met de herstelfasen en het beoordelen van klachtenvragenlijsten), zal vermoedelijk leiden tot de meest productieve evaluaties waarin behandelaar en patiënt tot een gedeeld concept van de complexe werkelijkheid moeten zien te komen. Daarbij kunnen wellicht specifieke herstelgerichte vragenlijsten ondersteunend zijn. Een voorbeeld van een dergelijke vragenlijst die zich richt op interpersoonlijk en intrapersoonlijk herstel is de *Questionnaire about the Process of Recovery* (QPR; Neil e.a. 2009).

## BESLUIT

Uiteindelijk is het doel van welke methodiek dan ook een goed evaluatiegesprek op basis van een helder uitgedachte systematiek. Wat betreft die systematiek hebben wij in deze studie eerste indrukken opgedaan met de mogelijk toegevoegde waarde van herstelfasen en een herstelgericht interview. Monitoring met – onder andere – deze fasen zou een kansrijke ontwikkeling voor FACT kunnen zijn, zeker als wetenschappelijk onderzoek dit op termijn van een degelijke empirische basis zou voorzien.

## LITERATUUR

- Bannink F. *Oplossingsgerichte vragen*. Amsterdam: Pearson Benelux; 2013.
- Elgersma HJ, Bockting CLH, Kok GD. Terugvalpreventie bij depressie. *Huisarts Wet* 2011; 54: 65-7.
- Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Traum Stress* 1993; 6: 459-73.
- Hafkenscheid A, Van Os J. Wat ieder die betrokken is bij ROM zich over de metingen moet realiseren. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 388-96.
- Hendriksen-Favier A, Nijmens K, Van Rooijen S. *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Kotter J. *Leading change*. Cambridge: Harvard Business Review Press; 2012.
- Neil ST, Kilbride M, Pitt L, Nothard S, Welford M, Sellwood W, e.a. The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis* 2009; 1(2): 145-155.
- Nieuwenhuis JG, Smits HJH, Noorthoorn EO, Mulder CL, Penterman EJ, Nijman HL. Not recognized enough: The effects and associations of trauma and intellectual disability in severely mentally ill outpatients. *Eur Psychiatry* 2019; 58: 63-9.
- Nieuwenhuis JG, Noorthoorn EO, Nijman HL, Naarding P, Mulder CL. A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures. *PLoS One* 2017; 12(2).
- Ponds R, Smits P. Neuropsychotherapie een plaatsbepaling. In: Smits P, Ponds R, Farenhorst N, Klaver M, Verbeek R, red. *Handboek neuropsychotherapie*. Amsterdam: Boom; 2016. p. 35-7.
- Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatr* 1999; 45: 7-12.
- Seelen-de Lang BL, Smits HJH, Penterman BJM, Noorthoorn EO, Nieuwenhuis JG, Nijman HLI. Screening for intellectual disabilities and borderline intelligence in Dutch outpatients with severe mental illness. *J Appl Res Intellect Disabil* 2019; doi: 10.1111/jar.12599.
- Spaniol L, Wewiorski NJ, Gagne C, Anthony WA. The process of recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002; 14: 327-36.
- Timmermans M. Stop het defaitisme rond chronische patiënten. *De psychiater* 2018; 25 (5): 10-12.
- Van Gestel-Timmermans JAWM, Brouwers EPM, Bongers IL, Van Assen MALM, Van Nieuwenhuizen Ch. Profiles of individually defined recovery of people with major psychiatric problems. *Int J Soc Psychiatry* 2012; 58: 521-31.
- Van Os J. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014.
- Van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ. Randomization in psychiatric intervention research in the general practice setting. *Int J Psychiatr Res* 2000; 9: 134-42.
- Van der Stel JC. *Psychische gezondheidszorg op maat. Op weg naar een precieze en persoonlijke psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11-8.

## SUMMARY

# Monitoring with four recovery phases. First experiences in FACT

K.M.L. HUIJBREGTS, L.H. GROBBINK, M. JANSEN, L. VERHOEVEN, F.E. VAN DIJK

- BACKGROUND** Following an audit, the flexible assertive community treatment-teams (FACT-teams), in Winterswijk, the Netherlands, set out to discover a more recovery-oriented approach to treatment and monitoring. Their findings support researching four recovery phases described previously.
- AIM** A pilot-study to investigate the possibilities to create a more recovery-oriented working method by applying the four recovery phases – ranging from being overwhelmed by the condition to living past the condition - in FACT-teams.
- METHOD** The FACT-teams started to monitor patients during the recovery phases and developed a semi-structured interview that can be used to determine the current recovery phase. After the phase has been determined, a plan is written on how to progress to the next phase.
- RESULTS** Monitoring during the recovery phases proved to be useful in showing both successful and stagnating treatments. The recovery phases also became part of the standard treatment plans in the electronic patient dossier. An important result of this project was the recovery-oriented interview we developed.
- CONCLUSION** Monitoring and interviewing based on the four recovery phases subjectively leads to more in-depth and more recovery-oriented evaluations of treatment. More empirical research into this method is necessary.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)5, 385-392

**KEY WORDS** mental disorders, mental health recovery, Netherlands, rehabilitation