

# Perspectief op Potenties

herstel door versterken executieve  
functies en zelfregulatie

---



**GGZ inGeest in samenwerking met  
Hogeschool Leiden**

# **Perspectief op Potenties**

herstel door versterken executieve functies en  
zelfregulatie

---

**Initiatief van GGZ inGeest in samenwerking met Hogeschool Leiden  
in het kader van de prijsvraag van Phrenos**

**Jaap van der Stel, GGZ inGeest & Hogeschool Leiden**

**m.m.v.**

**Barbara Stringer, GGZ inGeest (Academische Werkplaats Herstel & Rehabilitatie)**

**Juul Koene, Hogeschool Leiden (Lectoraat GGZ)**

**26-6-2015**

© GGZ inGeest & Hogeschool Leiden

Correspondentie:

Jaap van der Stel

Academische Werkplaats Herstel & Rehabilitatie

Postbus 74077, 1070 BB Amsterdam

[j.vanderstel@ggzingeest.nl](mailto:j.vanderstel@ggzingeest.nl)

06 81429415

## **Inhoudsopgave**

<b>VOORAF</b>	<b>4</b>
<b>I – INHOUDELIJKE VERANTWOORDING VAN DIT INITIATIEF</b>	<b>5</b>
<b>ACHTERGROND</b>	<b>5</b>
VAN BEHANDELEN VAN SYMPTOMEN NAAR ONTWIKKELEN VAN VERMOGENS	5
AANDACHT VOOR EXECUTIEVE FUNCTIES	6
<b>IDEE</b>	<b>6</b>
GEbruIKMAKEN VAN DE ICF	6
<b>UITWERKING</b>	<b>7</b>
<b>II – BESCHRIJVING ACTIVITEITEN</b>	<b>9</b>
<b>VOORAF</b>	<b>9</b>
<b>SAMENWERKING GGZ INGEEST MET LECTORAAT GGZ HOGESCHOOL LEIDEN</b>	<b>9</b>
<b>DOELN</b>	<b>9</b>
<b>TE BEANTWOORDEN VRAGEN</b>	<b>10</b>
<b>III – TOELICHTING OP DE ZEEF-METHODIEK IN ONTWIKKELING</b>	<b>11</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>11</b>
AANGRIJPINGSPUNTEN VOOR PROFESSIONALS	11
HOE NU VERDER?	12
<b>HOOFDLIJNEN VAN DE ZEEF</b>	<b>12</b>
DOELN	13
ALGEMEEN OVERZICHT	13
STAPPEN	14

## Vooraf

Dit initiatief *Perspectief op Potenties*, heeft als doel een bijdrage te leveren aan de ambitieuze doelstelling om in 2025 het herstel van mensen met een ernstige aandoening met een derde te verbeteren en de prevalentie met een derde te verminderen. Het plan is ontwikkeld in een samenwerking van GGZ inGeest (academische werkplaats herstel en rehabilitatie) met Hogeschool Leiden (Lectoraat GGZ).

De missie van dit initiatief vatten we als volgt samen:

- **FOCUS OP DAGELIJKS LEVEN** | Richt de aandacht op het dagelijks leven en de executieve functies die nodig zijn om je daarin staande te houden, om invloed op jezelf te kunnen nemen, en daardoor – met andere mensen – je doelen te kunnen bereiken.
- **HERSTEL GAAT IN VIEREN** | Herstel omvat vier componenten: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk. Het functionele herstel krijgt nog te weinig expliciete aandacht. Aandacht hiervoor is vereist om de ambitieuze doelstellingen waar te maken.
- **FUNCTIES IN KAART BRENGEN** | Er is behoefte aan een methodiek om in het dagelijks leven, ook door niet academische beroepen, zicht te krijgen op deze functies in termen van moeilijkheden én potenties tot ontwikkeling en herstel. Dit initiatief gaat hiermee aan de slag en stelt de resultaten ter beschikking aan de gemeenschap.
- **HERSTEL VERSNELLEN** | Herstel moet uit de sfeer van nazorg. Aandacht voor executieve functies kan al in het begin van het zorgproces en relatief onafhankelijk plaatsvinden van een klinische behandeling. Dat versnelt het herstel en bevordert het dagelijks functioneren.
- **FOCUS OP LEREN** | Functioneel herstel impliceert leerprocessen en een daarvoor geschikte omgeving. Deels kunnen kansen binnen de huidige voorzieningen beter worden benut, deels zijn ook leeromgevingen buiten de psychische zorg in engere zin vereist.
- **VROEGER IS BETER** | Het gros van de psychische aandoeningen ontstaat in de jeugd (0-25 jaar). Daarom is een accentverschuiving naar jonge mensen en hun verwanten van het grootste belang. Kansen op functioneel herstel en functionele ontwikkeling moeten bij deze categorie worden benut opdat de doelstelling van afname van de prevalentie wordt gerealiseerd.

# I – Inhoudelijke verantwoording van dit initiatief

## Achtergrond

Nadat jarenlang het debat in de psychische zorg is gefixeerd op structuren, transitieën en abstracte productienormen, komt de aandacht nu weer meer te liggen op het stellen van – in epidemiologisch opzicht meetbare – inhoudelijke doelen waarmee de sector het verschil kan maken en waarde kan toevoegen. Het streven om binnen een bepaald tijdsbestek een groot deel van de mensen met een ernstige aandoening aantoonbaar te ondersteunen bij hun herstel is zeer ambitieus en stelt aan alle betrokkenen, niet in de laatste plaats aan de cliënten, hoge eisen. Dit initiatief heeft als doel aan dit streven een belangrijke bijdrage te leveren door de focus (ook) te richten op functioneel herstel.

*Functioneel herstel* vatten we op als het ontwikkelen en/of herstellen van de psychische functies waarmee mensen greep krijgen op hun eigen psyche (cognities, emoties, motivaties en gedrag), zoals zelfbeheersing, zelfgevoel, zelfreguleren van emoties, plannen maken en – met andere mensen – uitvoeren, et cetera. Wanneer de potenties van mensen op dit vlak worden verbeterd ontwikkelt hun *executief functioneren* oftewel hun *zelfregulatie*. Onze stelling is dat zonder aandacht voor functioneel herstel de doelstelling om in 2025 dertig procent meer herstel te bereiken bij mensen met een ernstige aandoening, en de prevalentie van mensen met ernstige psychische aandoening met een derde te verminderen, niet haalbaar is. Anders gezegd: aandacht voor al die functies die mensen in staat stellen tot zelfregulatie, en die ons daarmee in staat stellen deel te nemen aan het maatschappelijk leven is urgent.

We realiseren ons dat er op dit vlak al veel gebeurt zoals ten aanzien van concentratieproblemen voor mensen met ADHD, eventueel onder de vlag van klinisch of maatschappelijk herstel. Tegelijkertijd kan functioneel herstel sterker worden uitgelicht, waardoor zichtbaar wordt wat er al gebeurt, waar hiaten liggen in termen van methodieken of voorzieningen én in het bijzonder hoe – samen met de direct betrokkenen – het executief functioneren kan worden verbeterd.

## Van behandelen van symptomen naar ontwikkelen van vermogens

Mensen met een (ernstige) psychische aandoening hebben klachten met betrekking tot een uiteenlopend patroon van symptomen. Inmiddels weten we dat de fixatie daarop het herstel in veel gevallen niet dichterbij brengt. Dat heeft ermee te maken dat als gevolg van of parallel aan een psychische aandoening er moeilijkheden zijn op het vlak van de executieve functies die aan de wortel liggen van de zelfregulatie. En zonder een voldoende niveau van zelfregulatie lukt het mensen niet hun doelen te bereiken en met anderen samen te werken. Dat geldt voor hulpverleners net zo goed als voor cliënten. Hierbij valt te denken aan moeilijkheden in de emotieregulatie waardoor samenwerking met collega's of betekenisvolle anderen lastig verloopt.

Moeilijkheden manifesteren zich op het vlak van het zelf kunnen herkennen van problemen in het dagelijks leven zoals concentratie, besef van tijd en ruimte, overzicht kunnen verkrijgen, prioriteiten stellen, doelgericht werken, zelf inzicht ontwikkelen en reflecteren. De huidige interventies die gangbaar zijn binnen de psychische zorg zijn niet of nauwelijks gericht op die basale menselijke vermogens en de psychische processen die daaraan ten grondslag liggen. Aandacht hiervoor en daaraan praktische consequenties verbinden, duiden we aan met functioneel herstel.

Ons standpunt is dat wanneer we hierin niet investeren het een illusie is te verwachten dat de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen zal herstellen. Bijkomend probleem is dat de huidige diagnostische instrumenten nog nauwelijks geschikt zijn om een profiel te maken van de moeilijkheden die mensen ervaren op het vlak van de executieve functies en hun executief functioneren. Het heeft ermee te maken dat de 'klinische' blik nog teveel overheerst en dat een systematische aandacht voor de voor de meeste mensen 'vanzelfsprekende' vermogens

ontbreekt. Het is urgent om hierin verandering aan te brengen juist voor diegenen die het zonder ondersteuning op dit vlak niet op eigen houtje redden. Voorzieningen op dit vlak moeten we daarom ook niet verwachten in het klinische maar veeleer in het sociale domein, met een focus op het dagelijks leven. Het verbeteren van de executieve functies veronderstelt leerprocessen, dus training en daarmee ook ondersteuners (professionals en ervaringsdeskundigen) die verstand hebben van het creëren van een adequate leeromgeving.

### **Aandacht voor executieve functies**

De executieve functies ontwikkelen zich in het bijzonder in de eerste 25 levensjaren. Onze stelling is dat bij alle mensen met een (ernstige) psychische aandoening een of meer executieve functies zich niet goed ontwikkelen en/of kunnen worden aangetast als gevolg van de aandoening. Onderzoek leert dat de traditionele classificaties, zoals de DSM, niet voldoende om voldoende precies te zijn in het voorspellen van tekorten in het executief functioneren. Het zelf niet voldoende kunnen reguleren van emoties, om een executieve functie als voorbeeld te nemen, is niet specifiek voor één bepaalde stoornis. Wat we wel weten is dat zo'n tekort het sociale functioneren zodanig in de weg kan staan, dat de zelfredzaamheid (bijvoorbeeld het vinden en behouden van werk) ernstig in het gedrang kan komen. Onze indruk is dat allerlei initiatieven rondom klinisch en maatschappelijk herstel niet voldoende rendement hebben, en te traag verlopen, en met teveel teleurstellingen voor alle betrokkenen. Meer aandacht voor de 'onderliggende' functies die niet direct gekoppeld zijn aan het klinisch beeld kan ertoe bijdragen dat de direct betrokkenen zowel beter gebruik kunnen maken van de psychische zorg in engere zin als, en daar gaat het om, meer succes boeken in het dagelijks leven.

De klinische zorg is essentieel voor het wegnemen van 'blokkades' voor het ontwikkelen van het executieve vermogen. Medicatie of een andere therapie kan helpen bij het verbeteren van de aandachtsfunctie of de regulatie van emoties. De executieve functies verbeteren zich daarmee niet automatisch. Deze functies herstellen of ontwikkelen zich door leerprocessen waarin de betrokkene de belangrijkste *agent* is. Bij revalidatie in de somatische zorg is het, net zoals in de psychische zorg, van belang dat de betrokkene oefent om functies te verbeteren. Maar om dit proces te versnellen zijn leeromgevingen nodig die hiervoor geoutilleerd zijn – liefst zo dicht mogelijk bij de dagelijkse praktijk. Vandaar dat wij ook gecharmeerd zijn van het idee van een herstelacademie – relatief los van de klinische zorg en gericht op leren.

### **Idee**

Ons idee is om te werken aan een methodiek waarmee we in staat zijn, samen met de direct betrokkenen en bij voorkeur in hun context, in kaart te brengen in hoeverre en in welke mate er moeilijkheden zijn op het vlak van het executief functioneren. De methodiek moet tevens in staat zijn in kaart te brengen welke potenties er zijn om daarin (zelf en/of met steun van derden) verbetering te bewerkstelligen, bijvoorbeeld door gerichte training om een bepaalde functie (opnieuw) te leren gebruiken binnen de context van het dagelijks functioneren. Dit laatste duiden we aan als functioneel herstel. De bekende en werkzaam gebleken vormen van klinisch en maatschappelijk herstel worden hiermee niet tekort gedaan, alleen: het eerste is vooral gericht op symptomen en de basale processen die daarbij in het geding zijn, en het tweede richt zich meer op sociaal functioneren en participatie. Bij functioneel herstel gaat het dus om de 'onderliggende' processen en capaciteiten die voor het sociaal functioneren en participatie vereist zijn en die – als die onvoldoende zijn ontwikkeld – het functioneren in de weg kunnen staan. En daarmee het algehele herstel. Daarom is ons pleidooi erop gericht – in het geval we ambitieuze doelstellingen willen realiseren met betrekking tot herstel – uit te gaan van een zo breed mogelijke visie op herstel.

### **Gebruikmaken van de ICF**

Bij de ontwikkeling van de beoogde methodiek willen we gebruik maken van een reeds ver uitgewerkt voorstel van Hogeschool Leiden (Lectoraat GGZ), de ZEEF (zelfregulatie en

executieve functies). ZEEF bestaat uit een aantal stappen die erop gericht is moeilijkheden en potenties in kaart te brengen, en waar mogelijk leidt dit tot afspraken of plannen voor functioneel herstel (zie deel III). Elke stap is een trede lager in de zoektocht naar de achtergrond van de moeilijkheden, maar of zo'n trede lager moet worden gezet is vooraf niet bepaald, maar afhankelijk van de uitkomsten of bevindingen: is er voldoende zicht op het samenspel van moeilijkheden en potenties, of zijn er redenen nog dieper te kijken naar de achtergronden ervan? De methodiek besteedt expliciet aandacht aan contexten van functioneren en of de moeilijkheden duurzaam zijn, periodiek optreden en/of contextgebonden zijn. Dit kan aanleiding geven tot het doen van aanpassingen in een bepaalde omgeving, zoals het creëren van bijvoorbeeld een stilte-ruimte op het werk om afleidingen te minimaliseren. Belangrijk is dat de ZEEF zoveel als mogelijk gebaseerd is op de ICF, het, in de psychische zorg ten onrechte vaak genegeerde, classificatiesysteem van de WHO dat is gericht op functies en functioneren. De samenhang met de ICF maakt het mogelijk naast kwalitatieve ook kwantitatieve gegevens te genereren, waardoor verbeteringen in de loop van de tijd ook kunnen gemonitord. Het is de bedoeling de ZEEF te combineren met een web-app waardoor gegevens gemakkelijk kunnen worden ingevoerd en de bevindingen kunnen worden gevisualiseerd in een functieprofiel.

Vanzelfsprekend is het niet voldoende om moeilijkheden en potenties in kaart te brengen wanneer er niet ook een overzicht is van de mogelijkheden om aan de verbetering van executieve functies te werken. Ook op dat vlak loopt een initiatief in samenwerking met Hogeschool Leiden.

## **Uitwerking**

Puntsgewijs komt ons idee neer op het volgende:

1. **FUNCTIEGERICHTE BENADERING** | We streven naar een functiegerichte benadering van herstel, als aanvulling op klinisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Dit sluit aan bij de ontwikkeling naar transdiagnostische en meer functiegerichte diagnostiek – de stoornis voorbij. In een tijd waarin zelfredzaamheid, zelfzorg (of zelfmanagement) en zelfbepaling (eigen regie) hoogtij vieren is het van belang mensen die beperkingen ervaren op het vlak van de hiervoor benodigde executieve functies, te ondersteunen in het wegnemen van hindernissen. Functioneel herstel veronderstelt een adequate assessment en een geschikte context waarin de betrokkenen kunnen leren. Deels kan dit prima geïntegreerd worden in bestaande voorzieningen, bijvoorbeeld binnen de behandelingen van de psychische gezondheidszorg (van huisarts tot en met de specialistische zorg), beschermde woonvormen of voorzieningen voor arbeidsrehabilitatie. Waar het ons om gaat is dat het functioneel herstel wordt geëxpliciteerd.
2. **ICF STAAT CENTRAAL** | Het gebruikmaken van de ICF is een noodzakelijk onderdeel van dit initiatief. De ICF heeft zeker tekortkomingen maar het is geen 'gesloten' systeem: het geeft alle gebruikers alle ruimte om aanpassingen te doen of aanvullingen te maken. Door het verbinden van de ICF, in het bijzonder de daarin gebruikte schaal, met de beoogde methodiek (ZEEF) bestaat de mogelijkheid om te kunnen meten in hoeverre resultaten worden geboekt in het executief functioneren én in hoeverre dat ook blijkt uit sociale activiteiten en participatie.
3. **HERSTEL IS GEEN NAZORG** | De focus op functioneel herstel gaat volgens ons gepaard met het streven om herstel uit de sfeer van 'nazorg' of 'rehabilitatie' te halen. De vier genoemde aspecten van herstel definiëren geen volgorde of dominantie – ook al erkennen we de 'motorfunctie' van persoonlijk herstel. Dit impliceert dat functioneel herstel of functionele ontwikkeling al in een vroeg stadium, in beginsel vanaf het begin van een hulpverleningstraject, in de aandacht kan, en wat ons betreft ook, moet staan.
4. **ERVARINGSDESKUNDIGHEID BENUTTEN** | Het verbeteren van executieve functies kunnen we, als gezegd, organiseren als leerprocessen, zo mogelijk los van de psychische zorg in

engere zin. Gedurende de voorbereiding van dit initiatief hebben we zeer geregeld van 'experts door ervaring' vernomen dat wat hun betreft hun hulpverleners in het verleden veel eerder aandacht hadden moeten geven aan deze functies. Velen geven aan dat ze vaak zélf – met vallen en opstaan – hebben moeten leren hoe ze op een effectievere manier hun emoties, cognities, motivaties en gedrag konden reguleren. Niemand hielp hen hierbij en niemand deed meer dan terloops suggesties. Deze expert-ervaringen vertalen wij als volgt:

- a. Het is belangrijk al in een vroeg stadium van enige zorgbehoefte – zo mogelijk al in de eerste anamnese – expliciet te kijken naar eventuele moeilijkheden en potenties met betrekking tot het executief functioneren, dit ter aanvulling van de reguliere aandacht voor symptomen en daarbij horende klachten.
- b. Het is zinvol de expertise van mensen die succesvol zijn hersteld, en die kunnen verwoorden hoe zij bepaalde moeilijkheden hebben overwonnen en deze kennis ook kunnen overdragen, zo effectief mogelijk te benutten.

Zo gezien is de reikwijdte van dit initiatief verdergaand dan louter de specialistische psychische zorg voor volwassenen. Ook of juist in de jeugdzorg en de generalistische basiszorg liggen er aangrijpingspunten om zo vroeg mogelijk te werken aan functioneel herstel. Bij voorkeur kan dit ertoe leiden dat een verdergaande beperking in functioneel opzicht vroegtijdig wordt geremd, en dat groei en ontwikkeling ('het herstel voorbij') zelfs de boventoon voeren.

5. OVERZICHT EN BENUTTEN VAN LEERTRAJECTEN EN LEERVORMEN | Het initiatief richt zich in de eerste plaats op het ontwikkelen van een methodiek om moeilijkheden en potenties in kaart te brengen, maar het beperkt zich daar niet toe. We streven naar een verbinding tussen de uitkomsten van het assessment (m.b.v. de ZEEF) en op functioneel herstel gerichte activiteiten. Daartoe maken we een overzicht waarin veelvoorkomende problemen op het vlak van het executief functioneren worden gerelateerd aan beschikbare voorzieningen: hoe kunnen mensen functies trainen en in welke context verloopt dat het beste? Wij geven er de voorkeur aan dat dit zoveel als mogelijk aansluit op het dagelijks leven van de betrokkenen.

Samenvattend denken wij dat functioneel herstel een essentiële bijdrage levert aan het algehele herstel. Daarom is explicitering ervan noodzakelijk en moet daaraan in de praktijk betekenis worden gegeven.



## II – Beschrijving activiteiten

### Vooraf

Hieronder staat beschreven wat GGZ inGeest, in samenwerking met Hogeschool Leiden, van plan is. Het plan is nog niet in detail uitgewerkt. Het is ons streven met name ervaringswerkers en/of ervaringsdeskundigen en verwanten hierbij te betrekken, zowel binnen de instelling als daarbuiten. Idealiter worden de plannen gecombineerd met initiatieven in Amsterdam en in andere gemeenten die erop gericht zijn hertelacademies op te richten. Wij denken dat die een interessant platform zouden kunnen vormen voor het werken aan functioneel herstel. En uiteraard wordt nauw samengewerkt met (F)-ACT- of R-ACT-teams, omdat van daaruit de grootste groep met ernstige psychische aandoeningen zorg ontvangt. Maar we willen het daar niet bij laten: de ambitieuze doelstelling om de aanwas van mensen met ernstige psychische aandoeningen te beperken impliceert dat in een vroeger stadium wordt gehandeld. Onder de leus 'Vroeger is Beter' wil GGZ inGeest daarom ook initiatieven nemen die erop gericht zijn het executief vermogen van jonge mensen, met een hoog risico op het ontwikkelen van een ernstige psychische aandoening, te verbeteren. Ernstige psychische aandoeningen ontstaan naar schatting voor 75% in de jeugd (0-25 jaar). Het is daarmee ook urgent dat de aandacht op termijn wordt verlegd naar jonge mensen. Deze aandacht impliceert een proactieve opstelling van gemeenten en participatie van jeugdzorg en algemene voorzieningen (onderwijs, et cetera)

### Samenwerking GGZ inGeest met Lectoraat GGZ Hogeschool Leiden

GGZ inGeest heeft in haar strategisch beleid de vraag opgenomen hoe zij de komende jaren vorm kan geven aan functioneel herstel. De argumenten daarvoor staan beschreven in de voorgaande pagina's. De academische werkplaats herstel en rehabilitatie van GGZ inGeest heeft functioneel herstel prominent opgenomen in de onderzoeksagenda. Dit initiatief zal dan ook mede vanuit deze academische werkplaats geïnitieerd worden. Het lectoraat GGZ van Hogeschool Leiden heeft functioneel herstel als centraal thema geselecteerd en werkt aan een methodiek (ZEEF). Het ligt daarmee voor de hand dat beide organisaties samenwerken. Maar deze samenwerking is niet exclusief. Het streven is erop gericht zoveel mogelijk andere instellingen of initiatieven hierbij te betrekken, zoals Hogeschool InHolland, Brijder-Parnassia, Stichting Anton Constandse (RIBW in Den Haag), et cetera. Het ligt in de bedoeling de producten – na de ontwikkelingsfase – te publiceren en ter beschikking te stellen aan de gemeenschap.

Het initiatief heeft de duur van vijf jaar. Telkens wanneer er ervaringen zijn opgedaan die ook bruikbaar zijn voor derden worden die direct gedeeld. Voorop staat in dit initiatief telkens de vraag hoe we zo effectief en snel mogelijk kunnen bijdragen aan het herstel van de direct betrokkenen.

### Doelen

Zoals eerder is gesteld is het belangrijkste doel het leveren van een substantiële bijdrage aan het herstel van mensen met een (ernstige) psychische aandoening. In dit initiatief richt de aandacht zich op functioneel herstel. Daarbij gaat het om twee subdoelen, die in volgorde van elkaar worden nagestreefd:

1. Het, vanuit een brede visie op herstel, verder ontwikkelen (testen, aanpassen) van een methodiek gericht op het in kaart brengen van aspecten van het executief functioneren van de direct betrokkenen, opdat:
  - a. Er meer zicht is op ervaren moeilijkheden.
  - b. Ontwikkelingspotenties (kansen op herstel of verbetering) zichtbaar worden.
  - c. Plannen worden voorbereid ten aanzien van de ondersteuning van functioneel herstel en daarover afspraken te kunnen maken (wie doet wat en wanneer?).

- d. De scores van metingen met behulp van de zelfredzaamheidsmatrix, de functionele remmissieschaal of andere op herstel gerichte lijsten significant verbeteren.
2. Het creëren van voorzieningen, bij voorkeur in een zo vroeg mogelijk stadium van het zorgtraject, voor functioneel herstel die direct aansluiten op de individuspecifieke leerbehoeften en –mogelijkheden (uitkomsten van de ZEEF-methodiek). Subdoelen hierbij zijn:
    - a. Inventariseren wat er nu al gebeurt of kan (binnen de instelling en daarbuiten) dat aansluit op de behoeften.
      - o Het zo snel als mogelijk benutten van die kansen.
    - b. Inventariseren waar behoefte aan is op het vlak van functioneel herstel, maar wat nu nog niet gebeurt of kan.
      - o Het nemen van initiatieven om – bij voorkeur samen met de direct betrokkenen – leemtes weg te werken. Waar dit om wetenschappelijke redenen nog niet goed mogelijk is worden vragen geëxpliciteerd en voorgelegd aan wetenschappelijk en/of toegepaste onderzoekers.

### **Te beantwoorden vragen**

We stellen ons tijdens dit initiatief telkens de volgende vragen:

- Is de voorgestelde assessment-methodiek bruikbaar in de praktijk? Lukt het deze toe te passen in het dagelijks leven van cliënten? Wat moet er aan worden verbeterd? Hoe gaan we dat aanpakken?
- Lukt het om samen met cliënten een goed en praktisch nuttig beeld te krijgen van moeilijkheden en potenties? Is het mogelijk het assessment ook in een vroeg stadium van de hulp of problematiek uit te voeren? Zo ja, hoe verhoudt zich dit tot andere aspecten van herstel?
- Is er voldoende aansluiting tussen uitgesproken behoeften van cliënten ten aanzien van functioneel herstel en het huidige aanbod? Zo nee, waarin liggen hiaten? Wat kunnen we eraan doen om dit op korte termijn te veranderen?
- Wat zou nu of in de toekomst de bijdrage van ervaringsdeskundigen kunnen zijn? Hoe kunnen we beter hun in de loop van hun leven opgedane kennis en vaardigheden benutten?
- Wat zijn de voorwaarden om de verspreiding en toepassing van de ZEEF-methodiek te bevorderen? Hoe krijgen we voor elkaar dat er meer oog komt voor functioneel herstel als belangrijk facet van het herstel in het algemeen?

### III – Toelichting op de ZEEF-methodiek in ontwikkeling

De onderstaande tekst beschrijft in hoofdlijnen wat de bedoeling is van de beoogde ZEEF-methodiek. Een prototype ervan komt gereed in de zomer van 2015. In de loop van dit jaar wordt deze verfijnd en getest in de praktijk.

\* \* \*

#### Inleiding

De ZEEF is de benaming van een methodiek voor het in kaart brengen van aspecten van zelfregulatie en executieve functies die wordt ontwikkeld in en vanuit het lectoraat GGZ van Hogeschool Leiden. De betekenis van aandacht voor executief functioneren of zelfregulatie en de daarmee samenhangende executieve functies bij mensen met een (ernstige) psychische aandoening is evident. Het voorspelt een hoger niveau van sociaal functioneren en hogere kwaliteit van leven (waaronder: beter voor zichzelf kunnen zorgen). Het belang van een methodiek om – in het dagelijks leven (ecologisch valide) – eventuele beperkingen én het ontwikkelingspotentieel op dit vlak in kaart te brengen, is groot. Dat geldt in het bijzonder nu cliënten steeds meer onder de noemer van zelfredzaamheid, zelfzorg en zelfbepaling op zichzelf en hun directe omgeving zijn aangewezen. Het doel van het assessment is uiteraard hierop volgend initiatieven te ontplooien gericht op functioneel herstel.

Het prototype van de ZEEF komt gereed in de zomer van 2015. Het is veeleer een methodiek dan een instrument. Het methodische aspect slaat op het gestructureerde proces om meer zicht te krijgen op aspecten van zelfregulatie respectievelijk executief functioneren. Het instrumentele aspect betreft de manier waarop gegevens kunnen worden geordend en de instructies voor hoe het beste kan worden gewerkt.

Wanneer het prototype gereed is gekomen kan de methodiek in een aantal rondes worden getest. De methodiek sluit, aldus het plan, aan op de competenties en werkzaamheden van niet-academisch-opgeleide werkers. Dat geldt ook voor de recent versterkte trend om veel meer ambulant te werken, de focus te richten op het dagelijks leven, en de direct betrokkenen zoveel als mogelijk te ondersteunen in het zelf aangeven en bepalen wat goed voor hen is. Zelfregulatie, het vermogen om invloed op jezelf te kunnen nemen, en waardoor je beter – met anderen – doelen kunt bereiken, is daarvoor essentieel. Het impliceert de ontwikkeling van de executieve functies. Dit vermogen staat evenwel onder druk bij een psychische stoornis, en manifesteert zich in tekorten in een of meer van de te onderscheiden executieve functies. De te ontwikkelen methodiek geldt als opmaat voor een aanbod gericht op het bevorderen van functioneel herstel (letterlijk: *herstellen*, of wanneer nooit voldoende aanwezig geweest: *ontwikkelen*, van functies). De verbetering van de executieve functies / zelfregulatie voorspelt een verbetering in het sociaal functioneren.

#### Aangrijpingspunten voor professionals

Het is belangrijk dat professionals in de psychische gezondheidszorg een methodiek ter beschikking staat die is gericht op (a) het in kaart kunnen brengen van het executief vermogen van mensen die in contact staan met de psychische zorg, en (b) het bevorderen van dit vermogen, oftewel het realiseren van hun herstel- en ontwikkelingspotentieel op dit vlak. De focus op zelfregulatie betreft het aandacht richten op een ‘diepere’ laag dan louter te kijken naar zelfredzaamheid, zelfbepaling (eigen regie) of zelfverzorging (zelfmanagement). Deze laatste drie thema’s zijn van groot belang. Maar of mensen met een psychische aandoening (actueel of daarvan hersteld) dit kunnen waarmaken, heeft in mijn visie te maken met de vraag of ze een voldoende ontwikkeld executief vermogen hebben. Overigens: ervaring leert dat de vier vormen van herstel relatief onafhankelijk van elkaar staan: er is geen hiërarchie of vaste volgorde. Dit betekent dat een nog niet gelukt klinisch herstelproces niet bij voorbaat verhindert om met de andere vormen van herstel – in dit geval *functioneel* herstel – aan de slag te gaan.

De ontwikkeling van methodieken is evenwel een lastig ding: het vereist verschillende deskundigen en wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis. Hierbij is het ook zinvol om na te gaan hoe daarbij gebruik kan worden gemaakt van de ICF. Dit is een door de WHO in samenwerking met cliëntenorganisaties ontwikkeld classificatiesysteem waarmee functies en het functioneren van mensen in kaart kunnen worden gebracht. In de psychische gezondheidszorg wordt hier nog nauwelijks mee gewerkt, maar dat heeft mede te maken met het gegeven dat *functioneel* herstel zoals gezegd zelden wordt geëxpliciteerd. Het mooie van de ICF is dat daarmee – de ziekte of stoornis voorbij – goed in kaart kan worden gebracht wat mensen (in biopsychosociaal opzicht) nog wél kunnen en/of kunnen ontwikkelen. De ICF kan zowel voor kwalitatieve als kwantitatieve gegevensverwerking worden gebruikt.

### Hoe nu verder?

Hoe we in de dagelijkse praktijk aspecten van zelfregulatie bij cliënten kunnen peilen – liefst samen met de betrokkenen –, en hoe we vervolgens hun potenties kunnen helpen verbeteren, is nog niet goed bekend. Op het methodische vlak kan nog veel worden ontwikkeld. Maar er zijn in en om de psychische zorg al specifieke functietrainingen ontwikkeld voor mensen met adhd, autisme, schizofrenie of verslaving. Om de focus hierop te richten is het van belang functioneel herstel expliciet te benoemen. Dat er al veel gebeurt is in beginsel juist, maar het zit nu nog verstopt in klinisch of maatschappelijk herstel.

Vast staat dat functioneel herstel voor een groot deel slechts lukt door activiteit van de betrokkenen zelf. Klinisch herstel kan na een langdurig ziekteproces door werkzame behandelingen zijn ingetreden, maar de benadeelde functies zijn daarmee niet automatisch hersteld. Een knie kun je opereren – de kniefunctie herstellen veronderstelt dat je de knie weer leert en gaat gebruiken. Dat geldt ook voor andere lichamelijke problemen en dus ook voor onze hersenen: als je symptomen effectief behandelt zijn de hersenfuncties nog niet automatisch hersteld. Dat geldt in ieder geval voor de hogere psychische functies. Het veronderstelt veel oefeningen, en ook de mensen in de directe omgeving moeten vaak mee veranderen. Maar diverse studies geven aan dat functioneel herstel deels onafhankelijk van klinisch herstel kan plaatsvinden.

Door een psychische aandoening kan de zelfregulatie respectievelijk kunnen de executieve functies zijn aangetast of niet goed zijn ontwikkeld. Maar, hoe tegenstrijdig dat ook klinkt, door zelfregulatie en door het gebruik van de executieve functies kunnen mensen werken aan hun herstel. Gelukkig kan dit omdat, afgezien van bepaalde episodes zoals tijdens een psychose, het zelden voorkomt dat mensen in het geheel niet meer in executieve zin kunnen functioneren. Net zoals, als gezegd, de functie van een niet goed werkende knie breng je weer op gang door hem te gebruiken. In zekere zin is zelfregulatie zowel het probleem als de oplossing.

### Hoofdpijnen van de ZEEF

Kenmerken van de methodiek zijn:

- De ZEEF is geschikt voor de psychische gezondheidszorg: eerste lijn, basiszorg, specialistische zorg, et cetera. Het is echter geen diagnostisch instrument en staat betrekkelijk los van de classificatiecategorïen in de DSM-5. De methodiek richt zich, ongespecificeerd, op zowel kinderen-jeugdigen als volwassenen. Maar in latere generaties is vanzelfsprekend ruimte voor verbijzonderingen: specifieke groepen of contexten.
- De methodiek krijgt een gelaagde structuur, waarin aandacht is voor sociaal functioneren, executieve capaciteiten, executieve functies en niveaus. Afhankelijk van de uitkomsten van de eerste laag wordt de aandacht gericht op de volgende en gespecificeerd waarop de aandacht wordt gericht, et cetera. In conceptueel opzicht wordt aangesloten bij het gedachtegoed van R.A. Barkley in *Executive Functions* (2012) en J. van der Stel in *Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel* (2013).

- De ZEEF omvat meer dan een of meer vragenlijsten en aanwijzingen voor observatie, vandaar de voorkeur voor de term methodiek. De focus ligt op toepassing door hbo-opgeleide werkers, maar dit is niet exclusief. Bovendien wordt de rol van academisch disciplines, raadgevend of beleidsbepalend, duidelijk gemarkeerd.
- De methodiek is transdiagnostisch en functiegericht. Dit houdt in dat niet zozeer wordt gelet op de ziektebeelden en de daaraan gerelateerde symptomen maar naar de psychische (en als nodig somatische en sociale) functies die daarbij verstoord kunnen zijn geraakt of niet goed zijn ontwikkeld. Bij dezelfde ziektebeelden (volgens DSM-5) kunnen de profielen van individuele cliënten verschillen en het omgekeerde komt ook voor: overlap is het profiel van psychische disfuncties bij overigens verschillende klinische beelden.
- Voor zover mogelijk wordt gebruik gemaakt van de ICF. Door aan te sluiten op de wijze waarop de ICF typering maakt, kunnen ook kwantitatieve gegevens worden gegenereerd en kunnen vervolgens datasets worden opgebouwd over individuele herstelprocessen, groepen cliënten, enzovoorts. Dit maakt het mogelijk om de direct betrokkenen, werkers, instellingen maar ook financiers feedback te geven en processen te monitoren. De ICF is nog beperkt waar het gaat om executieve functies. Dat laat onverlet dat wel 'in de geest' van de ICF nieuwe items kunnen worden toegevoegd en dat de kwantitatieve typering daarop aansluiten.

De term methodiek impliceert dat het een training vergt. Het volgen van een trainingsmodule of -traject behoort daarmee tot een vereiste om er op zorgvuldige wijze mee te kunnen (mogen) werken.

## Doelen

Het primaire doel van het assessment is als volgt:

1. het (samen) in kaart brengen van het niveau van zelfregulatie, uitgesplitst naar enkele dimensies van zelfregulatie (executieve functies);
2. een uitspraak doen over het ontwikkelingspotentieel van de betrokkene;
3. het (samen) identificeren van aangrijpingspunten voor functioneel herstel en/of behoud van het niveau van zelfregulatie (gespecificeerd naar dimensies) en/of compensatie in de vorm van sociale steun of anderszins.

Een achterliggend doel is mensen te ondersteunen om hun leven zoveel als mogelijk in eigen hand te kunnen nemen. Dit belang telt in het bijzonder in een tijd waarin zij meer dan ooit op zichzelf worden teruggeworpen vanwege het terugtrekken van de overheid of zorginstellingen. Dit houdt in dat het bevorderen (of, wanneer dat niet mogelijk is: het compenseren) van zelfregulatie in deze tijd meer dan ooit van cruciaal belang is.

## Algemeen overzicht

Waar het bij de ZEEF om gaat is zicht krijgen op het executief functioneren met als doel na te gaan of er kansen zijn voor functioneel herstel. Het achterliggende idee is dat wanneer zulk herstel lukt de betrokkenen meer zelfredzamer zijn, autonoom kunnen functioneren, en beter, met andere mensen, hun doelen kunnen bereiken.

De ZEEF werkt via drie lagen: allereerst wordt gekeken naar aspecten van het sociaal en dagelijks functioneren met behulp van de ICF-categorieën; in aanvulling daarop wordt gekeken naar de externe factoren. In een volgende laag wordt nagegaan hoe eventuele beperkingen en potenties op dat vlak gerelateerd zijn aan het niveau van de executieve capaciteiten van de betrokkene (uiteraard gerelateerd aan wat van iemand van deze leeftijd et cetera mag worden verwacht). Ten slotte wordt nagegaan hoe de typering van de executieve capaciteiten verband houdt met het niveau van de executieve functies. Zo gewenst kan in een vierde laag nog dieper

worden gegaan waarin wordt gekeken naar de determinanten van eventuele moeilijkheden en potenties.

De aanduiding ZEEF is niet alleen een mooi acroniem van 'zelfregulatie en executieve functies' maar duidt ook op het letterlijk in een aantal stappen uitzeven van gegevens. De ZEEF is erop gericht inzicht te krijgen, samen met de direct betrokkene, in de stand van zaken, de beperkingen en de ontwikkelings- of herstelmogelijkheden (potenties) in aspecten van zelfregulatie en de gevolgen daarvan in het sociaal functioneren. Het dient als opmaat tot op verandering gerichte activiteiten.

De ZEEF is ontwikkeld opdat niet-academisch-opgeleide werkers in staat zijn de onderhavige thematiek in kaart te brengen. Dit laat onverlet dat zij geen formele diagnoses stellen en dat het belangrijk is dat in voorkomende gevallen deskundigen worden geraadpleegd en/of dat preciezere, wetenschappelijk gevalideerde, meetinstrumenten worden ingezet. In de uitwerking van de methodiek moeten deze aspecten nadrukkelijk worden besproken.

### **Stappen**

De ZEEF heeft een gelaagde structuur die richting geeft aan de volgorde waarmee aspecten in kaart worden gebracht. Er wordt een aantal stappen onderscheiden.

INTRODUCTIE – UITLEG & AFSPRAKEN | Hier gaat het erom te verduidelijken wat de bedoeling van de ZEEF is, hoe het in zijn werk gaat, welke stappen gezet worden, wie er bij betrokken is of kan worden, en vooral:

- Dat het erom gaat dat de exercitie gericht is op functioneel herstel – op het verbeteren of ontwikkelen van de psychische functies en algemene vaardigheden waarmee mensen beter grip op zichzelf kunnen krijgen, effectiever doelen kunnen bereiken en in dat verband ook beter met andere mensen kunnen samenwerken.
- Dat het werken aan functioneel herstel niet los staat van andere aspecten van herstel, maar dat het ook betrekkelijk los van elkaar kan worden gezien, of dat het functionele herstel bijdraagt aan het bereiken van doelen bij ander aspecten van herstel.
- Dat iedereen op dit vlak al een bepaalde expertise heeft ontwikkeld, en dat het erom gaat vanuit die expertise voort te bouwen op door de betrokkene gewenste verbeteringen.
- Dat het erom gaat dat de cliënt de belangrijkste informant is en de belangrijkste beslisser voor wat betreft de evaluatie van hoe dingen gaan (eventuele moeilijkheden) en – wat betreft eventuele veranderingen – wat er in het vat zit (de potenties).
- Dat waar dat mogelijk en wenselijk is afspraken worden gemaakt over eventuele plannen om de potenties te realiseren of ten minste te behouden.
- Dat alleen meta-gegevens (welke zijn op dit moment nog niet bepaald!) over de voortgang of vooruitgang anoniem worden opgeslagen voor het maken van een overzicht van de resultaten van een team, werkeenheid, afdeling, circuit, instelling of sector (ook dit is op dit moment nog niet bepaald).

STAP 1 – VERZAMELEN ALGEMENE GEGEVENS | Deze stap betreft het maken van een overzicht van wat reeds van of over de persoon bekend is, voor zover relevant voor de hierna volgende stappen. Dit kan betrekking hebben op beperkingen in de pre-executieve functies of leefomstandigheden. Vragen hieromtrent kunnen ook de uitkomst zijn van de bevindingen van de hierna volgende stappen.

STAP 2 – FUNCTIONEREN & OMSTANDIGHEDEN | Deze stap betreft het in kaart brengen van aspecten van het sociaal functioneren en externe factoren die daarbij in het geding zijn. Hierbij wordt een gedeelte van de ICF gebruikt. Wanneer de persoon op bepaalde onderdelen niet voldoende functioneert of moeilijkheden ervaart zijn er redenen om een stap verder te gaan, tenzij er al een aannemelijke verklaring voorhanden is. NB: Deze stap zegt iets over de zelfredzaamheid van de

betrokkenen.

De bevindingen van stap 2 bepalen het zoekgedrag in de hierna volgende stappen. Er kan gebruik gemaakt worden van de matrixen die verbanden legt tussen de uitkomsten van de toepassing van de ICF en de executieve capaciteiten. Eventueel wordt niet verder gezocht, zoals wanneer in deze stap duidelijk wordt dat er externe factoren zijn die ervoor zorgen dat de betrokkene problematisch functioneert.

**STAP 3 – EXECUTIEVE CAPACITEITEN** | Deze stap richt zich op de vraag of, en zo ja in hoeverre respectievelijk in welke mate, de persoon beschikt over de voor het maatschappelijk en persoonlijk functioneren essentiële executieve capaciteiten. Een aspect van deze stap is het ontwikkelen van hypothesen over eventuele tekorten op het vlak van een of meer executieve functies (stap 4) alsook het ontwikkelen van hypothesen over het herstel- en ontwikkelingspotentieel.

De bevindingen van stap 3 evenals de geformuleerde hypothesen bepalen het zoekgedrag in stap 4.

**STAP 4 – EXECUTIEVE FUNCTIES & NIVEAUS VAN ZELFREGULATIE** | In deze stap is het doel meer inzicht te krijgen in de executieve functies en een idee te vormen over het globale niveau van zelfregulatie.

Bij het in kaart brengen van de executieve functies is de aandacht erop gericht in hoeverre respectievelijk in welke mate, de persoon beperkingen ondervindt in een of meer executieve functies. De bij stap 3 geformuleerde hypothesen worden in deze stap getoetst. Een ander aspect van deze stap is het ontwikkelen van hypothesen over de mogelijkheid van ontwikkeling en herstel.

De bevindingen van stap 4 geven richting aan het voorstel voor ondersteuning op het vlak van functioneel herstel. Er zijn evenwel goede redenen nader onderzoek te doen naar de determinanten van eventuele beperkingen (stap 5). Deels kunnen deze bij aanvang al bekend zijn maar wellicht komen de juiste vragen nu pas naar voren.

**STAP 5 – DETERMINANTEN & MECHANISMEN** | Deze stap heeft betrekking op het in kaart brengen, en bij voorkeur ook begrijpelijk maken, van de determinanten en mechanismen van de uitkomsten van de voorgaande stappen. Met determinanten duiden we op de ontstaansvoorwaarden of omstandigheden. De mechanismen hebben betrekking op de processen waardoor we – gezien de determinanten – kunnen verklaren waardoor eventuele moeilijkheden zijn ontstaan. Maar de kennis van determinanten en mechanismen is ook cruciaal om te kunnen achterhalen waarop de op herstel en ontwikkeling gerichte activiteiten het beste kunnen aansluiten.

De bevindingen van deze stap kunnen de grens aangeven van de mogelijkheden van functioneel herstel, duiden op de achtergrond waardoor beperkingen zijn ontstaan (en eventueel waarom deze niet of niet eenvoudig kunnen worden weggenomen). Denk hierbij in het bijzonder aan beperkingen, verstoringen of stoornissen in de pre-executieve functies, beperkende leefomstandigheden en overige persoonskenmerken. Zo nodig wordt hiervoor bij experts in het netwerk te rade gegaan.

**STAP 6 – OVERZICHT RESULTATEN & ACTIEPLANNEN** | In de stappen 2-5 kunnen plannen worden gesmeed en/of afspraken worden gemaakt. Deze plannen en afspraken worden in stap 6 samengevoegd en in samenhang gebracht.