

Januari 2014

Kennisbundel
voor docenten Zorg & Welzijn



Herstel- ondersteunende zorg

In deze kennisbundel:

- 2 Leeswijzer
- 4 De actualiteit
- 20 Aan de slag met herstelondersteunende zorg
casuïstiek
- 37 Vindplaats



Vilans



Trimbos
instituut



ZonMw



Beroepsvereniging van zorgprofessionals



Calibris



Leeswijzer

Herstelondersteunende zorg, waarom belangrijk?

In de zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problemen is vaak nog te weinig aandacht voor zingeving en het ontdekken van de eigen mogelijkheden. Herstelondersteunende zorg focust op die eigen mogelijkheden en niet zozeer op de psychische aandoening en bijbehorende onmacht.

In deze kennisbundel vindt u actuele informatie over herstelondersteunende zorg. Help uw leerlingen een goede start te maken door hen deze actuele kennis aan te reiken. Ook is deze bundel geschikt voor gebruik in bijscholingstrajecten.

Actuele kennis en tools voor in de les

De kennisbundel omvat drie hoofdstukken.

- Hoofdstuk 1: *De actualiteit*. Dit beschrijft de stand van zaken: wat is herstelondersteunende zorg, welke fases kent deze zorg en welke rol spelen empowerment en ervaringskennis?
- Hoofdstuk 2: *Aan de slag met herstelondersteunende zorg*. Dit hoofdstuk beschrijft instrumenten, methodieken en hulpmiddelen om herstelondersteunende zorg in de praktijk uit te voeren. Ook vindt u in dit hoofdstuk casuïstiek. Ten slotte treft u links aan naar lesmateriaal, ontwikkeld door het Trimbos-instituut in samenwerking met ROC-docenten. Dit materiaal omvat een PowerPointpresentatie met achtergrondinformatie en passende opdrachten.
- Hoofdstuk 3: *Vindplaats*. Hier vindt u een overzicht van literatuur en relevante websites.

Kwaliteit in de langdurende zorg

In de langdurende zorg werken professionals hard om zorg van goede kwaliteit te leveren. Hoe die zorg eruit moet zien, is per sector beschreven in kwaliteitsdocumenten. Voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg is dit de Kernset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Ook herstelondersteunende zorg komt in dit kwaliteitskader aan de orde, bijvoorbeeld in de mate van cliëntgerichtheid, waaronder keuzevrijheid. Mede daarom is het belangrijk dat herstelondersteunende zorg een plaats krijgt in uw lessen.



Voor wie?

Deze kennisbundel is bestemd voor opleidingen die opleiden tot Mbo-Verpleegkundige, Medewerker Maatschappelijke zorg en Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen.

Wat?

In deze kennisbundel vindt u informatie over de volgende onderwerpen:

- Wat is herstelondersteunende zorg?
- Voorbeelden van herstelondersteunende methodieken en middelen.
- Links naar lesmateriaal.

De kennisbundel en de kwalificatiedossiers

De informatie in deze kennisbundel is te gebruiken voor diverse mbo-opleidingen voor de langdurende zorg. 'Koppeling tussen kennisbundels en kwalificatiedossiers' (Calibris 2013) beschrijft de relatie tussen kennisbundel en kwalificatiedossiers. U vindt daarin in welke kwalificatiedossiers het onderwerp van een kennisbundel voorkomt en hoe u de informatie kunt koppelen aan de kerntaken en werkprocessen.

Waar te vinden?

Deze en andere kennisbundels zijn te vinden op www.ggzkennisplein.nl. U vindt ze ook op www.zorgvoorbeter.nl en www.kennispleingehandicaptensector.nl.



De actualiteit

In Nederland verblijven ongeveer 22.500 patiënten langdurig in een circuit van GGZ-organisaties.

Zo'n 11.100 daarvan verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis en ongeveer 11.400 in RIBW's (Regionale Instellingen voor Beschermd en Begeleid Wonen) (Van Hoof et al., 2009). Een groot deel van de patiënten verblijft langer dan vijf jaar in een psychiatrische inrichting.

Voor veel van deze mensen rijgen de dagen zich aaneen tot een 'keten van lege zondagen'. Elke dag lijkt hetzelfde en het leven is soms uitzichtloos geworden. Op weinig plekken wordt actief aan herstel en rehabilitatie gewerkt (Van Wijngaarden et al., 2001).

Mensen waarvan we verwachten dat zij langdurig (al dan niet met tussenposen) op het psychiatrisch verblijf zijn aangewezen, hebben recht op zingeving en op het ontdekken van eigen mogelijkheden. Door personeelsgebrek of door ingesleten patronen hebben instellingen hier niet altijd aandacht voor. Deze mensen hebben de greep op hun eigen leven verloren. Er wordt geen appèl gedaan op hun mogelijkheden. Sterker nog, vaak wordt uitsluitend gedacht in onmogelijkheden. Voor deze cliënten is het een doorbraak als zij beter gehoord worden en meer eigen regie hebben, als zij kunnen participeren in hun eigen leefomgeving en weer hoop krijgen.

De zorg aan mensen met langdurige psychiatrische problemen is voor verbetering vatbaar:

- Cliënten kunnen een zinvol, waardevol leven leiden dat niet door de ziekte gedomineerd wordt;
- Cliënten hebben recht op zingeving en het ontdekken van de eigen mogelijkheden;
- Zij moeten kunnen participeren in hun leefomgeving, zodat zij weer vertrouwen krijgen in zichzelf en in de toekomst.

Wat is herstel?

Het begrip herstel roept verwarring op. Vaak wordt het vertaald als 'genezing', een betekenis die ook het meest is ingeburgerd in het spraakgebruik. De verwarring wordt gevoed door het hardnekkige vooroordeel dat mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen nauwelijks genezen. Onderzoek toont echter aan dat er reden is voor hoop: bijna 75 procent van de mensen met een eerste psychose herstelt zodanig dat zij hiervan geen hinder meer ondervinden in hun verdere leven. Maar dit beter worden is niet wat in dit kader wordt bedoeld met herstel.

Geleidelijke weg naar burgerschap

Herstel gaat over het (leren) leven met een ontwrichtende aandoening, beperking of kwetsbaarheid. De mogelijkheden en kracht van de mens staan hierbij centraal, en niet de onmogelijkheden van de beperking, aandoening of kwetsbaarheid. Herstel is dan ook een individueel en persoonlijk proces, met als belangrijk streven het (weer) gaan functioneren in sociale rollen. Hierbij moeten we herstel steeds blijven zien als een proces dat niet altijd een afgebakende uitkomst heeft: herstellen is ook zeer goed mogelijk wanneer de aandoening niet geheel verdwijnt. Het gaat vooral over de acceptatie van kwetsbaarheden, problemen en beperkingen en een geleidelijke weg van 'patiënt-zijn' naar burgerschap.

Eén van de meest geciteerde definities van herstel is afkomstig van Anthony (1993): "Een zeer persoonlijk en uniek proces van verandering in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen betreft het ontgroeien van de rampzalige gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven."

Niveaus

Het herstelconcept werkt zowel op individueel als op collectief niveau.

Op *individueel niveau* verschuift de aandacht geleidelijk van de psychische aandoening en onmacht naar het hernemen van de eigen regie en de mogelijkheden binnen het eigen leven. Mensen met een psychische aandoening worden zich bewust van hun eigen ervaringen en leren dit om te zetten in verhalen waarin zij zichzelf herkennen. Deze verhalen zijn belangrijk om te kunnen vertellen hoe het is om te leven met een psychische aandoening, om

de eigen identiteit verder te ontwikkelen en om te leren aangeven welke hulp en steun daarbij nodig zijn.

Op *collectief niveau* is het herstelconcept onlosmakelijk verbonden met zelfbeschikking, empowerment en emancipatie van mensen met psychische aandoeningen en met het tegengaan van stigma en discriminatie (Fisher & Chamberlin, 2003).

Herstelprocessen

Herstelprocessen vinden voortdurend plaats. Van belang is dat zowel cliënten als medewerkers zich ervan bewust worden dat dit gebeurt en ook van wat er daarbij gebeurt. Het gaat hierbij om het te boven komen van hopeloosheid en van het verlies van een betekenisvolle identiteit. Maar ook van het verlies van verbondenheid met de eigen omgeving, van rollen en van kansen. Mensen die kampen met een ernstige psychische aandoening moeten onder andere herstellen van traumatische ervaringen, van machteloos makende behandelingen en van stigma's en discriminatie in de samenleving.

Fasen in herstel

Ieder herstelproces is een persoonlijk en individueel proces. Toch blijkt uit onderzoek dat hierin fases te onderscheiden zijn (o.a. Ralph, Kidder & Phillips, 2000). Het gaat hierbij niet om een lineair proces. Soms zetten cliënten de stap naar een voorgaande fase, een andere keer naar een volgende fase en soms zijn de fases nauwelijks te onderscheiden. Desondanks kan de indeling helpen om te begrijpen wat er gebeurt en om de ondersteuning beter af te stemmen op wat nodig is. Voor hulpverleners en begeleiders is het van belang dat zij dit proces onderkennen en leren om cliënten de tijd en ruimte te geven om hierin hun eigen weg te vinden.

In de literatuur en beroepspraktijk worden meerdere definities van de fases gebruikt. Een veelgebruikte indeling is die door Gagne (2004):

- Overweldigd worden door de aandoening;
- Worstelen met de aandoening;
- Leven met de aandoening;
- Leven voorbij de aandoening.

Fase 1: overweldigd worden door de aandoening

De ontredde en verwarring van de cliënt 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

De cliënt kent nog steeds angst om overspoeld te worden door de aandoening, maar vraagt zich nu ook af hoe hij ermee verder kan leven. Hij ontwikkelt manieren om weer contact met zichzelf te krijgen en om actief te leren omgaan met de symptomen. Kenmerken van deze fase zijn de worstelingen met het gebrek aan vertrouwen en de zoektocht naar zichzelf.

Fase 3: leven met de aandoening

In deze fase beseft de cliënt meer en meer dat hij in staat is om met de aandoening om te gaan. Hierdoor wordt hij minder angstig en ontstaat er ruimte om beperkingen en sterke kanten te leren ontdekken. Kenmerken in deze fase zijn het opbouwen van een nieuw 'zelf', het herstellen van oude en ontdekken van nieuwe rollen en het (opnieuw) aangaan van contacten met belangrijke anderen.

Fase 4: leven voorbij de aandoening

De aandoening raakt steeds meer op de achtergrond. De cliënt voelt ruimte om de verbondenheid met anderen te voelen, zijn capaciteiten te testen en mogelijkheden en talenten op diverse terreinen te ontdekken en in te zetten. Het is nu mogelijk om nieuwe doelen in het leven te stellen. Hierbij houdt de cliënt wel rekening met de aandoening, maar die staat niet meer op de voorgrond.

Empowerment

Herstel is niet los te zien van empowerment: het ontwikkelen van de eigen kracht, talenten en mogelijkheden en het ontwikkelen van inzicht in en acceptatie van onmogelijkheden en beperkingen.

Herstel vereist empowerment, maar leidt ook tot empowerment. Het laat zien dat mensen het vermogen hebben om zich aan een schijnbaar hopeloze situatie te ontworstelen en een nieuwe wending aan hun eigen leven te geven. Mensen bepalen steeds meer zelf hoe zij omgaan met de uitdagingen in hun leven en welke ondersteuning zij daarbij willen hebben. Empowerment betekent dan ook meer dan alleen eigen keuzes leren maken. Het gaat ook om erkenning van wensen en ambities, en deze een plek in het eigen leven kunnen en durven geven. Het vraagt dan ook ruimte en tijd om hierin een eigen weg te vinden. Hulpverleners kunnen deze ruimte scheppen, mensen aanmoedigen hun eigen ambities en wensen te onderzoeken en keuzes te (leren)

maken. De rol van hulpverleners draait hierbij om faciliteren en randvoorwaarden scheppen, en daardoor hoop en vertrouwen geven.

Domeinen van empowerment

Boevink et al. (2008) hebben onderzocht wat mensen met een psychische kwetsbaarheid verstaan onder de term empowerment.

Dit resulteerde in acht 'domeinen':

- 1 verbondenheid;
- 2 herstelwerk;
- 3 basisvoorwaarden;
- 4 een steunende omgeving;
- 5 goede hulp;
- 6 ontluikend zelfgevoel;
- 7 sociale zekerheid;
- 8 een betrokken leefgemeenschap.

Het belangrijkste domein blijkt 'verbondenheid'. Hierbij gaat het om het gevoel ergens bij te horen en iets te betekenen voor een ander. Herstelwerk staat op de tweede plaats. Hieronder vallen onder andere de strategieën die mensen toepassen in het omgaan met de eigen kwetsbaarheden. Op de derde plaats staan basisvoorwaarden als rust, veiligheid, dagbesteding en genoeg geld om van te leven. Ook uit ander onderzoek blijkt dat verbondenheid met anderen een basiselement van empowerment is (Movisie, 2012). Hulpverleners zouden zich daarom bij hun ondersteuning in ieder geval op dit domein moeten richten.

Ervaringskennis

Ook onlosmakelijk verbonden met herstel, is de ontwikkeling van ervaringskennis. Dat is kennis over hoe je jezelf het beste kan helpen en wat voor steun je daarbij van anderen nodig hebt. Om vertrouwen te krijgen in de eigen kracht en deze kracht verder uit te bouwen, hebben cliënten ervaringskennis nodig: kennis over wat helpt en wat belemmert bij herstel.

Ieder mens met een psychische aandoening heeft een eigen verhaal. Uit dit verhaal kun je opmaken welke betekenis iemand zelf aan problemen geeft en welke strategieën hij door de tijd heen heeft ontwikkeld om met die problemen om te gaan. Dit noemen we ook wel persoonlijke ervaringskennis. Daarnaast onderscheiden we collectieve ervaringskennis, die mensen ontwikkelen door ervaringen uit te wisselen. Deze ervaringsverhalen gaan over hoe het is om te leven met een psychische kwetsbaarheid en de gevolgen daarvan.

Ervaringsdeskundigheid, oftewel het overdragen van ervaringskennis en het inzetten daarvan, is onmisbaar bij de ondersteuning van herstelprocessen. Niet alleen door andere cliënten de weg te wijzen naar hun eigen kracht, maar ook door een inhoudelijke bijdrage te leveren aan verbetering van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg.

Wat is herstelondersteunende zorg?

Herstelondersteunende zorg heeft per definitie een dienende rol bij herstelprocessen: de cliënt is in alle gevallen leidend. Herstelprocessen vinden altijd al plaats, maar soms zijn cliënten, intimi en medewerkers zich daarvan niet bewust (Boevink e.a., 2009). Bewustwording van herstel is dan ook een eerste stap. Pas als er aandacht is voor het persoonlijke herstel van cliënten, kan herstelondersteuning zinvol zijn.

Door de cliënt centraal te stellen, kun je herstelprocessen niet alleen ondersteunen, maar ook aangewakkeren. Daarbij staat het hele aanbod binnen en buiten de organisatie – zoals diagnostiek, behandeling, begeleiding en trajectbegeleiding – in dienst van het persoonlijke herstelproces van de cliënt. We spreken dan over de hersteloriëntatie van de instelling. Davidson e.a. (2009) geven hiervoor de volgende definitie: 'Hersteloriëntatie van een instelling verwijst naar de mate waarin het personeel en het aanbod van de instelling persoonlijk herstel faciliteren of bevorderen, en omvat de verschillende aspecten van de dienstverlening waarvan wordt verondersteld dit te doen.'

Randvoorwaarden van herstelondersteunende zorg zijn onder meer:

- kwaliteit en de beschikbaarheid van het basale zorgaanbod;
- goed hulpverlenerschap;
- persoonlijke aandacht;
- cliëntgerichtheid;
- sociale participatie;
- inzet van ervaringsdeskundigheid.

Dit alles vanuit een visie op herstel.

Goed hulpverlenerschap

Bij goed hulpverlenerschap ligt het accent veelal op de houding van de hulpverlener en het contact tussen cliënt en hulpverlener. Dröes en Plooy (2010) hebben een aantal kenmerken van herstelondersteunende zorg genoemd (gebaseerd op Boevink e.a., 2009).

De hulpverlener:

- heeft een houding van hoop en optimisme;
- is present (aandachtig aanwezig);
- gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze;
- maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij het eigen verhaal van de cliënt;
- herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (empowerment) zowel individueel als collectief;
- erkent, benut en stimuleert de ontwikkeling van ervaringskennis van de cliënt;
- erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen;
- is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie en autonomie.

Herstelprocessen verschillen van persoon tot persoon en daarmee verschilt ook de gewenste ondersteuning. Duidelijk is wel dat het nodig is om op een nieuwe manier te kijken naar mensen die psychisch kwetsbaar zijn. Begeleiding en zorg moeten de cliënt ondersteunen en aanmoedigen om zoveel mogelijk zichzelf te helpen, waarbij cliënten hun eigen doelen verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden. Hoop bieden staat hierbij voorop. In plaats van te zorgen en denken voor cliënten, moeten zorgverleners de ervaringskennis van mensen met een psychische kwetsbaarheid serieus nemen en bereid zijn daarop aan te sluiten. Niet langer staan onmogelijkheden en beperkingen centraal, maar juist mogelijkheden en kwaliteiten.

De cliënt heeft de regie

Herstelondersteuning is niet zomaar een nieuwe methode. Het gaat om een andere manier van kijken naar de cliënt en naar het proces dat deze doormaakt. Door de cliënt de leiding te geven in zijn eigen herstelproces, nemen hulpverleners een andere rol aan dan gebruikelijk is in de GGZ en verslavingszorg. Zij moeten voornamelijk ondersteuning, ruimte en mogelijkheden bieden, terwijl de regie bij de cliënten zelf ligt. Zorgverleners moeten beseffen dat het hier om een daadwerkelijke paradigmawisseling gaat, waaraan een heldere visie ten grondslag ligt.

Presentiebenadering

Om te voldoen aan de hierboven genoemde kenmerken van herstelondersteunende zorg, kunnen hulpverleners (zoveel mogelijk) werken vanuit de zogenaamde *presentiebenadering*.

Centraal in de presentiebenadering staat het 'er zijn voor de ander' en niet zozeer het oplossen van problemen. Een goede en nabije relatie, oprechte zorg en waardigheid voor de ander zijn de inzet. De hulpverlener bereikt dit door aan te sluiten bij wat voor de cliënt op dat moment belangrijk is; verlangens maar ook bijvoorbeeld angsten. Wat de hulpverlener zelf aan problemen signaleert, is niet automatisch het onderwerp van gesprek. Hoewel deze later wel aan bod komen, bekommert de hulpverlener zich allereerst om de mens. Het gaat niet over hoe problemen in elkaar zitten, maar hoe goede hulp gegeven wordt. (www.presentie.nl)

Erkenning geven

Op de site www.presentie.nl/video kunt u een videofragment van tien minuten bekijken waarin Andries Baart (de grondlegger van de presentiebenadering) helder uitlegt wat een presente houding in de zorg inhoudt.

Het gaat bij deze opvatting over 'goede zorg' niet in de eerste plaats om problemen oplossen, resultaten behalen en zo efficiënt mogelijk werken. Het gaat erom de cliënten erkenning te geven in wat zij meemaken, hen te waarderen om wie ze zijn en hen het gevoel te geven dat ze de moeite waard zijn – en dat ook in handelen om te zetten. Bij deze manier van zorg verlenen blijft de hulpverlener altijd kijken naar het effect van wat hij doet: hoe wordt het ervaren door de ander? Komt dat wat ik bedoel als goede zorg, bij de ander ook aan als goede zorg? Of moet ik iets anders doen? (Onderwijsproject Presentie in de Praktijk, MBO, 2012).

De presentiebenadering houdt in:

- Aansluiting zoeken bij wie de ander is, met zijn of haar levensverhaal, gewoonten, verlangens, manieren van doen, etc. – en daar de zorg op afstemmen. Wat goed is voor de één, is niet altijd automatisch goed voor de ander.
- Niet alleen maar bezig zijn met de nodige fysieke of praktische hulp en zorg, maar alert zijn en blijven op wat mensen nog méér nodig hebben: erkenning, waardering, gezien en gehoord worden.
- Trouw en aandachtig bij iemand blijven, ook als er geen problemen zijn.
- Alledaagse dingen doen (een eindje meelopen, samen de was vouwen of de aardappels schillen, ergens heen gaan, samen praten), waardoor je

mensen leert kennen en hen het gevoel geeft: jij hoort erbij, ik heb wat met jou, het kan me wat schelen hoe het met jou gaat, jij mag er zijn.

- Hartelijk met iemand omgaan (zoals een vriend of een broer of zus dat zou doen).

Lesmethodes

Presentie in de praktijk

De Stichting Presentie heeft een lesmodule ontwikkeld voor het initiële mbo-onderwijs (niveau 3) in de ouderenzorg, onder de titel 'Presentie in de praktijk. Een andere kijk op goede zorg'. Met deze module leren (aankomende) zorgverleners, vanuit een aantal principes en waarden, reflecteren op hun handelen in de praktijk.

De lesmodule omvat een studentenwerkboek, een docentenhandleiding en een inleidende PowerPointpresentatie.

Deze lesmodule is tot stand gekomen in een samenwerkingsverband tussen het Koning Willem I College in Den Bosch, het verpleeghuis De Hazelaar in Tilburg en de Stichting Presentie in Utrecht. Docenten kunnen de module opvragen bij de Stichting Presentie bij Elly Beurskens, Stafmedewerker Educatie, via e.beurskens@presentie.nl of downloaden op het kennisplein voor verpleging en verzorging op www.zorgvoorbeter.nl.

Basishouding: de 5 B's

De Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU) heeft in 2010 een handreiking uitgebracht voor het geven van herstelondersteunende begeleiding. De kern van deze handreiking is 'gelijkwaardigheid' als basishouding. Deze basishouding bestaat uit 5 B's:

- 1 Betrouwbaar
'Doen wat je zegt en zeggen wat je doet'. Dat betekent het nakomen van afspraken, onvoorwaardelijke steun en trouw bieden, maar ook het bewust zijn van eigen grenzen en deze (kunnen) aangeven.
- 2 Betrokken
Wees oprecht geïnteresseerd in het verhaal van de cliënt. Om elkaar echt te leren kennen is meer nodig dan even langskomen. Het professionele referentiekader op bescheiden wijze inzetten, betekent dat je meer je 'mens zijn' inzet als instrument. Het gaat er dan niet om als hulpverlener alles over het eigen leven te vertellen, maar op professionele wijze kenbaar te maken wat je denkt of voelt ten opzichte van de cliënt.

3 Bekwaam

Belangrijk hierbij is het evenwicht tussen persoonlijke betrokkenheid en professionele bekwaamheid. Professionele bekwaamheid bestaat voor een deel uit aan te leren vaardigheden (kennis en kunde). De persoonlijke betrokkenheid is essentieel om echt contact met cliënten te maken, waardoor je als hulpverlener je vaardigheden effectief kunt inzetten.

4 Bewust begeleiden

Herstel vergt een manier van begeleiden waarin begeleiders meer naar zichzelf leren kijken. De begeleider is zich bewust van zijn eigen handelen en kan laten zien wat, waarom en hoe hij iets doet. Daarbij hoort ook aandacht voor stigmatisering, evenals werken met signalerings- en crisisplannen.

5 Betekenisgevend begeleiden

In herstel is de cliënt leidend; het is zijn of haar proces. De begeleider sluit aan bij het tempo en de doelen die de cliënt kiest, ondersteunt de cliënt en helpt waar nodig. Om dat op een betekenisvolle manier te doen, moet de begeleider de cliënt en zijn verhaal kennen en begrijpen.

Voorbeeld Herstelondersteunend werken

Een ervaringsverhaal van Lenneke Elfers:

Ongeveer drie jaar lang vocht ik tegen depressieve gevoelens. Ik schaamde, me, want ik vond dat psychische problemen iedereen mochten overkomen behalve mezelf. Het met kracht vechten daartegen was mijn valkuil. Uiteindelijk werd ik moegestreden en ernstig depressief opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Tijdens een van de therapieën op de poli braken de beelden door mijn afweermecanisme heen van misbruik in mijn kindertijd. Die afschuwelijke beelden beetelden zich op mijn netvlies. Ik werd nu ook geconfronteerd met de realiteit en gevoelens van het misbruik.

Geen gelijkwaardige samenwerking

Ik volgde vele therapieën op de poli en werd meerdere keren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Naar mijn beleving heb ik in die afschuwelijke jaren niet samengewerkt met een hulpverlener. Ik had een goede relatie met een paar van hen, maar heb dit nooit gezien als een gelijkwaardige samenwerking. Simpelweg omdat ik mezelf niet gelijkwaardig voelde. De hulpverlener had een behandelplan en ik, de patiënt, onderwierp me daaraan. Ook slikte ik de pillen die me werden voorgeschreven. Eigen ideeën over medica-

tie of therapieën besprak ik niet. In die ellendige jaren was ik daar te depressief en te passief voor.

Betutteld

Toen ik tijdens een opname wat opknapte, mocht ik een middagje naar huis. De verpleging vond dat ik niet zelf moest autorijden, hoewel ik hen verzekerde dat ik dat best kon. Ik voelde me betutteld. Sinds lange tijd werd ik weer een beetje opstandig en reed toch met mijn auto naar huis. Dat ging prima totdat ik bij terugkeer mijn auto voor het ziekenhuis parkeerde, tegelijkertijd met een verpleegkundige. Gesnapt! Ik moest op het matje komen en kreeg een preek! Dit incident kwam mijn relatie met de verpleging niet ten goede.

Meer incidenten

Ik voelde me als een kind behandeld. Het incident heeft gevolgen gehad. Daarna hield ik ware gevoelens over een aantal kwetsbare zaken nog meer voor me. Jammer dat ik destijds niet durfde te vertellen aan die verpleegkundigen dat ik me door hen als een klein kind behandeld en betutteld voelde. Dat had zeker gekund, want die verpleegkundigen waren echt geen slechte mensen. Een andere keer schopte ik tijdens een opname in machteloze woede alle prullenbakken om in de gang van het ziekenhuis. Dat werd me vanzelfsprekend niet in dank afgenomen. Een verpleegkundige verzekerde me geïrriteerd dat men van zulke uitbarstingen hier niet gediend was en duwde me een stoffer en blik in de handen. Ik zonk neer op een bank, me inmiddels doodschamend voor mijn gedrag en intens verdrietig. Een andere verpleegkundige die me zo zag zitten op dat bankje in die lange gang, kwam naast me zitten en sloeg haar arm om me heen. Rustig en met warmte in haar stem vertelde zij te hopen dat ik al die kracht die zij telkens bij mij zag eens zou gaan gebruiken om mezelf in positieve zin te helpen. Daarna ruimden we samen de rotzooi op en hadden we daar nog lol bij ook.

Schrikbeeld

Toen ik na mijn opname weer thuis kwam, nam voor mijn gezin het leven weer snel zijn gewone loop. Ik bleef echter last houden van depressieve buien en traumatische beelden uit het verleden. Ik wist het nu alleen wat meer te verbergen voor de buitenwereld. In die afschuwelijk eenzame periode realiseerde ik me wel dat ik iets moest gaan doen, wilde ik niet opnieuw opgenomen worden in een psychiatrisch ziekenhuis – mijn grote schrikbeeld. Van sommige psychiatrische ziekenhuizen of verslavingsklinieken gaat je hart al in je keel kloppen als je het terrein oprijdt. Door de sombere uitstraling ervan. Doordat je gebruik moet maken van kleine, troosteloze, onpersoonlijke ka-

mertjes die je vaak ook nog met anderen moet delen. Met geplastificeerde tafels en ongemakkelijk zittende stoelen in de gezamenlijke ruimten. En met van die kale, rommelige spreekkamers met verdorde planten. In een dergelijke omgeving moet je dan je ziel blootleggen aan behandelaars. Een dergelijke koude omgeving is vaak nog beleid ook. Dat berust op een strategie die op vele plekken in ons land wordt nageleefd. Zo wil men voorkomen dat mensen langer willen blijven dan strikt noodzakelijk wordt geacht. Het mag niet te huiselijk of te gezellig worden. Wat een koude visie. Je hele zijn schreeuwt juist tijdens een opname om warmte en aandacht op allerlei gebieden.

Van volgen naar samenwerken

Nu had ik een brochure liggen die uitleg gaf over een opleiding voor mensen meteen psychiatrische achtergrond: de GOAL-opleiding¹. Met deze opleiding zou je in ruim een jaar tijd opgeleid kunnen worden tot begeleider binnen de GGZ. Ik had de brochure gekregen van een verpleegkundige toen ik uit de inrichting werd ontslagen. Zij sprak vaak met mij over allerlei talenten die ze bij me zag. Vooral over het gaan werken in de zorg. Zij vond dat ik daar alles voor in huis had. Ik luisterde dan beleefd, maar geloofde haar niet. Integendeel: het irriteerde me. Waarom praat je niet gewoon net als je collega's over mijn medicatie en beperkingen, dacht ik dan. Want ik? Gaan werken? Ik kon nog niet eens voor mijn kinderen zorgen. Wat ben ik die verpleegkundige nu dankbaar. Zij was zich ervan bewust dat het belangrijk is om bij patiënten niet alleen op probleemjacht maar ook op talentenjacht te gaan.

Van kwaadheid naar kracht

Ik voelde veel onmacht over de manier waarop ik leefde. En was kwaad op mijn besluiteloosheid en situatie. Kwaad op een behandelaar die mij de opleiding afraadde. Kwaad op de psychiatrie omdat ik vond dat ze me niet goed hielpen. Kwaad over het misbruik. Ik uitte die kwaadheid niet. Het groeide diep van binnen. Die kwaadheid is uiteindelijk mijn redding geworden. Ik kreeg er wonderbaarlijke energie door. Ik durfde daardoor, weliswaar met zweet in mijn handen, naar het selectiegesprek van de opleiding te gaan. Mijn verbazing was groot toen ik geselecteerd werd. En heel voorzichtig ontkiemde er sinds lange tijd wat hoop.

1. GOAL was de voorloper van de huidige mbo-opleiding Medewerker Maatschappelijke Zorg / Begeleider in de Geestelijke Gezondheidszorg met Ervaringsdeskundigheid (MZ/BGE).

Groeiend zelfvertrouwen

Ik begon met angst en beven aan de opleiding. Na de afgelopen miserabele jaren was ik mijn zelfvertrouwen volkomen kwijt. Ik wist helemaal niet meer wat ik nog wel of niet kon. De samenwerking tijdens GOAL werd een openbaring voor me. Door de saamhorigheid tussen de deelnemers van de opleiding kwam het beste van mezelf aan de oppervlakte. Mijn zelfvertrouwen groeide en ik kreeg eindelijk het gevoel dat ik toch nog iets normaal kon: leren! Ondanks mijn psychische problemen! Geleidelijk aan werd mijn ellende niet langer eerste prioriteit. Ik had daar gewoon de tijd niet meer voor. De flashbacks en depressieve buien waren er nog wel, maar beheersten niet langer mijn hele zijn. Ze werden er meer een onderdeel van.

Ondersteuning

De docente van de opleiding was een invoelende vrouw met kennis van de psychiatrie. Ze behandelde ons als gelijken en was bijna altijd aanspreekbaar. Ik deed vaak een beroep op haar. De goede relatie met die docente is belangrijk voor me geweest. Ook toen ik tijdens een flinke dip halverwege wilde stoppen met de opleiding. Naast de ondersteuning die ik van medestudenten en andere nauwbetrokkenen ondervond, bleef de docente contact met me houden en liet ze merken in me te blijven geloven. Dit heeft me geholpen de opleiding succesvol af te ronden. Na de opleiding vond ik direct werk als begeleider.

Bevorderende en belemmerende factoren

Het volgen van de GOAL-opleiding heeft me geholpen bij mijn herstel. Ook de volgende zaken hielpen daarbij:

- angst voor weer een opname; dit motiveerde mij mede om in beweging te komen;
- kwaadheid die ik zo wonderbaarlijk omzette in kracht;
- het stoppen met medicatie waardoor ik me lichamelijk fitter ging voelen (Overigens hielp het mij om te stoppen met medicatie. Het is natuurlijk niet zo dat stoppen met medicatie ondersteunend is voor ieders herstel. Zeker niet!);
- de onmisbare ondersteuning van mijn man en andere nauwbetrokkenen die in me bleven geloven en dat ook (heel belangrijk) telkens zeiden;
- de copingstrategieën die ik tijdens en na de opleiding ben gaan gebruiken;
- haptotherapie waardoor ik meer gevoelens ging delen;
- de ondersteuning van mijn psychiater tijdens de opleiding. Zij wees me

voortdurend op het belang van het inlassen van rust (draagkracht-draaglast). Dat was hard nodig. Een ander belangrijk gespreksonderwerp was het ontwikkelen van mijn zelfvertrouwen;

- het opschrijven en herschrijven van mijn verhalen;
- het werken bij Pameijer;
- het werken bij het HEE-team.

Belemmerend voor mijn herstel waren:

- het op een verkeerde manier gebruiken van mijn kracht;
- gebrek aan zelfvertrouwen;
- beelden van het misbruik;
- niet geloofd worden door mijn familie;
- de behandelaar die mij de opleiding afraadde. Je mag naar mijn mening tegen niemand zeggen dat hij of zij iets nooit zal kunnen. Simpelweg omdat je dat niet weet! Het woord 'nooit' is het wegslaan van hoop;
- vaak extreme vermoeidheid;
- het wantrouwen van en naar collega's in het begin van mijn loopbaan.

Van overleven naar *léven*

De afgelopen dertien jaar is het me gelukt om mezelf te handhaven, zowel binnen als buiten de GGZ. Wel heb ik soms nog last van traumatische beelden op mijn netvlies, verdrietige eenzame buien door het misbruik en vooral ook van de gevolgen van het openbaar maken van het misbruik aan mijn familie. De dader ontkent en een aantal andere familieleden geeft hem nog steeds het voordeel van de twijfel, wat bij mij veel verdriet en woede oproept. Soms is het nodig dat ik me voor een periode weer onder behandeling stel. Maar toch lukt het me weer voldoende prettige dingen uit het leven te halen. Het lukt me weer rollen te vervullen die ik heel fijn vind. Het gaat er niet om wat je in beweging brengt en wat je gaat doen, maar *dát* je in beweging komt en blijft. Dat je de switch maakt van overleven naar.... weer deel uit willen maken van het leven.

Lenneke Elfers is ruim dertien jaar werkzaam bij Pameijer en lid van het HEE-team. Eerst werkte ze als begeleider in twee verschillende Beschermende Woonvormen, daarna in een ambulante team. In januari 2009 begon Lenneke als adviseur en startte ze samen met een collega het Empowerment-project binnen Pameijer. De opdracht die zij kregen in 2009 was activiteiten ontwikkelen op het gebied van herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid, zowel voor cliënten als medewerkers.

Herstel met een andere culturele achtergrond

Het is goed om je te realiseren dat herstel en empowerment voor cliënten uit andere culturen er mogelijk anders uit kunnen zien. Denk aan aspecten als:

- welke uitleg aan de ziekte wordt gegeven;
- schuld en schaamte;
- de rol van familie.

Aandacht voor het eigen verhaal, oprechte interesse en begrip, en aansluiten bij wat de cliënt daarin wil, zijn benaderingen die ook voor deze cliënten tot empowerment en herstel leiden.

Mevrouw Pi vertelt over haar ervaringen in de GGZ 'Hulpverleners verwarren onze steun soms met overbezorgdheid.'

"Mijn man en ik en onze drie zonen kwamen in de jaren '70 vanuit Singapore naar Nederland. Het ging goed. Totdat onze jongste zoon Benjamin begon met blowen. Benjamin kreeg psychische problemen en raakte verslaafd aan drugs. Hij werd depressief en bleek schizofrenie te hebben. Zes keer werd hij opgenomen in psychiatrische klinieken. Zeventien jaar lang zochten we samen met hulpverleners naar een goede aanpak en juiste medicatie voor Benjamin. Zeventien jaar, dat is lángh hoor."

"Met de hele familie stonden we achter Benjamin, op één voorwaarde: dat hij geen drugs gebruikte. Hulpverleners verwarren onze steun voor Benjamin soms met overbezorgdheid en bemoeienis. Maar in de Chinese cultuur is dat juist gewoon. Daar is een kind pas echt volwassen als het voor zichzelf kan zorgen. Tot die tijd houd je als ouders de verantwoordelijkheid."

"Een psychiater adviseerde mij ooit om grenzen te stellen voor mijzelf en voor Benjamin. Dat was een goed advies. Maar het deed vreselijk veel pijn om hem soms, onder invloed van drugs, verward en agressief, buiten te laten staan. Hij woont nu in een huis voor begeleid wonen, werkt in een sociale werkplaats en doet vrijwilligerswerk. Het gaat echt beter. Soms neemt hij ons mee uit, op zijn kosten! Ik bel de hulpverleners altijd als ik iets niet begrijp of als ik merk dat het weer mis gaat. We werken als familie samen. Zo vertelde mijn man Geoffrey dat onze zoon een sportman is en moet kunnen bewegen. Ze hebben naar hem geluisterd. Benjamin speelt weer basketbal, net als vroeger. Het lukt hem niet altijd om aan de hulpverleners duidelijk te maken wat hij wil. Dan praat hij met mij en vertel ik het de begeleiders. Veel Chinezen in Nederland houden problemen het liefst binnenshuis. Uit schaamte schakelen zij vaak te laat hulp in. Als je zoon of dochter geen therapie krijgt, is dat niet goed. Maar Nederlandse ouders vertrouwen er weer te veel op dat de dokter het wel oplost. Wij blijven ons kind ondersteunen."

Bron: Website MIKADO

Landelijke ontwikkelingen en achtergrond

Steeds meer GGZ-instellingen onderkennen het belang van herstelondersteunende zorg. Het gedachtengoed van herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid is in de jaren '90 ontwikkeld in de Verenigde Staten en heeft in Nederland inmiddels vaste voet aan de grond gekregen. De ideologische wortels liggen in de cliëntenbeweging in de GGZ. Als grondleggers in ons land kunnen met name HEE! en Stichting Rehabilitatie '92 worden genoemd. Het begrip herstel ('recovery') is door de cliëntenbeweging verder ontwikkeld, veelal in samenwerking met of ondersteund door de rehabilitatiebeweging.

In de afgelopen jaren is breed geëxperimenteerd met het vertalen van de herstelprincipes naar de dagelijkse praktijk. Verschillende GGZ-instellingen voeren tegenwoordig HEE!-projecten uit, gericht op voorlichting, cliëntondersteuning en bijscholing van medewerkers. Onder aanvoering van HEE! is langzamerhand de weg bereid voor een breed gedragen herstelvisie. Ook GGZ Nederland heeft deze visie onderschreven en opgenomen in het visiedocument 'Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, voor mensen met een ernstige psychische aandoening' (2009). Dit document verwoordt ook de ambitie om te komen tot een zorg waarbij herstel het leidend principe is. Tevens hebben in het kader van Zorg voor Beter meer dan zestig teams van GGZ-instellingen deelgenomen aan verbetertrajecten gericht op herstelondersteunende zorg.



Aan de slag met herstelondersteunende zorg

In dit deel van de kennisbundel vindt u praktische handvatten waarmee hulpverleners concreet aan de slag kunnen.

Achtereenvolgens komen de volgende instrumenten, methodieken en hulpmiddelen aan de orde:

- Nederlandse Empowerment Lijst;
- het cliëntenpanel;
- herstelwerkgroepen;
- stigmabestrijding;
- herstelondersteunende begeleidingsplannen;
- het Strengths Model;
- Shared Decision Making;
- rehabilitatiemethodieken;
- lesmaterialen.

Starten met herstelondersteunende zorg

Afnemen van de Nederlandse Empowerment Lijst

De Nederlandse Empowerment Lijst (NEL) is een instrument om de mate van empowerment bij cliënten inzichtelijk te maken. Boevink (2008) ontwikkelde de NEL op basis van de kennis en uitspraken van bijna zeventig mensen die in hun leven te maken hebben met ernstige aanhoudende psychische kwetsbaarheden. Door de NEL (Boevink, 2008) herhaaldelijk af te nemen bij cliënten, kunnen hulpverleners in kaart brengen in welke mate zij groeien in hun kracht. Ook kunnen ze het instrument gebruiken om te beoordelen in hoeverre het hulpaanbod empowerment bevordert.

De NEL omvat zes dimensies:

- professionele hulp;
- sociale steun;
- eigen wijsheid;
- erbij horen;
- zelfmanagement;
- betrokken leefgemeenschap.

De dimensies bestaan uit verschillende items. In totaal omvat de NEL veertig uitspraken waarmee iemand het in meer of mindere mate eens kan zijn. Voorbeelden zijn: 'Ik heb het gevoel dat ik iets kan betekenen voor iemand anders' en 'Mijn begeleider gaat uit van mijn mogelijkheden in plaats van mijn beperkingen'. Antwoorden kunnen worden gescoord op een schaal van één tot vijf. De NEL levert een totaalscore en een score per dimensie.

Op de website van het HEE-team kunt u de NEL en de instructies voor het gebruik ervan downloaden.

Organiseren van een cliëntenpanel

Voor een team dat wil starten met herstelondersteunende zorg, is een cliëntenpanel een geschikte vorm om de mening, wensen of behoeften van de groep cliënten boven tafel te krijgen. In een gesprek met zo'n panel kan het team bijvoorbeeld ingaan op herstelactiviteiten, een nieuw begeleidingsplan of de tevredenheid over de behandeling. Een cliëntenpanel draagt bij aan de empowerment van cliënten en is een middel om hun stem te laten doorklinken in de verbeterplannen voor herstelondersteuning.

In een cliëntenpanel vindt een gesprek plaats tussen maximaal zes cliënten en twee medewerkers, bij voorkeur ervaringsdeskundigen. Aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst, kunnen de gespreksdeelnemers gezamenlijk ervaringen met uiteenlopende onderwerpen onderzoeken. Hierbij vertellen de respondenten om beurten hun ervaringen en kunnen ze elkaar aanvullen. Eén van de ervaringsdeskundigen leidt het panel, terwijl de andere medewerker zorgdraagt voor het verslag. Voorbeelden van gespreksonderwerpen:

- Wat vindt het panel van het huidige begeleidingsplan en wat kan verbeterd worden?
- Hoe tevreden is het panel met de leefomgeving? Wat kan beter?
- Hoe tevreden is het panel met de dagelijkse gang van zaken? Wat wil men anders?
- Wat vindt het panel van de herstelactiviteiten die georganiseerd worden en welke ideeën hebben de panellleden zelf?
- Hoe tevreden is het panel met het aanbod van dagbesteding, werk en leren? Wat kan beter?

De praktische uitvoering van een gesprek met een cliëntenpanel kan er als volgt uitzien:

- Plan een uur voor de bijeenkomst.
- Zorg voor koffie/thee en iets lekkers, zodat cliënten zich welkom voelen.
- Start met een korte introductieronde, waarbij cliënten en medewerkers zich voorstellen.
- Vertel wat het doel is van het panelgesprek en hoe het in zijn werk gaat (ieder mag zijn mening geven, er zijn geen goede of foute antwoorden, we proberen iedereen aan het woord te laten).
- Benadruk dat de inbreng van cliënten anoniem verwerkt zal worden en een ieder vertrouwelijk dient om te gaan met de inbreng van anderen.
- Geef aan hoe lang de bijeenkomst zal duren en wanneer er pauze is.
- Bewaak de tijd. Zorg ervoor dat de verschillende thema's van de topiclijst aan bod kunnen komen, maar bied ook ruimte voor persoonlijke verhalen van cliënten –zoek hierin een balans.
- Las na ongeveer een half uur een korte pauze in.
- Zijn niet alle onderwerpen besproken aan het eind van de bijeenkomst? Vraag dan wie er nog een keer zou willen meewerken aan een panelgesprek.
- Bij succes: stel voor om er een terugkerende bijeenkomst van te maken, bijvoorbeeld elk kwartaal.
- Vertel wat er met de uitkomsten van het cliëntenpanel gedaan wordt.

Faciliteren van herstelwerkgroepen

Voor cliënten zijn verschillende cursussen en groepen beschikbaar om hun herstel te ondersteunen. Een goed voorbeeld is de herstelwerkgroep. Dit is een zelfhulpgroep waarin cliënten onder begeleiding van een ervaringsdeskundige kennismaken met het begrip herstel.

Doel

De primaire doelstelling van een herstelwerkgroep is deelnemers de gelegenheid te geven hun herstel zelf actief ter hand te nemen, de regie over het eigen leven weer terug te nemen. Empowerment en ervaringskennis zijn hierbij bedoelde bijeffecten.

Programma

De herstelwerkgroep komt doorgaans minstens een jaar lang een keer per twee weken bij elkaar. De bijeenkomsten duren ongeveer twee uur en kennen een vaste agenda. Thema's die aan de orde komen, zijn:

- bronnen van steun;

- valkuilen;
- omgaan met je hulpverlener;
- omgaan met medicijnen;
- hulp vragen;
- angst voor terugval;
- vakantie en psychische aandoeningen;
- als de omgeving op vakantie is;
- feestdagen of vreedagen;
- eenzaamheid.

Om deelnemers de kans te bieden hun eigen herstelproces ter hand te nemen en te gaan onderzoeken wat zij zelf willen, is het nodig dat een herstelwerkgroep zeker een jaar kan draaien. Het komt voor dat mensen tussentijds besluiten om hun deelname te stoppen. De vrijgekomen plek kan dan door een nieuw groepslid worden ingevuld. Doorgaans is er een vaste kerngroep.

Kartrekker

Met het oog op de noodzakelijke continuïteit van de herstelwerkgroep is het belangrijk om een geschikte 'kartrekker' aan te wijzen; een ervaringsdeskundige die de groep kan opzetten, begeleiden en een brug vormt naar de organisatie. Hij of zij stelt mensen ervan op de hoogte dat er een groep wordt opgezet en dat zij zich hiervoor kunnen aanmelden. Inhoudelijk richt de kartrekker zich op:

- mensen uitnodigen die deel willen nemen;
- leiden van gesprekken;
- veiligheid binnen de groep bewaken;
- oog hebben voor de individuele deelnemer binnen het groepsproces.

Daarnaast is de kartrekker verantwoordelijk voor praktische zaken, zoals het regelen van een ruimte en koffie/thee. Maar boven alles stelt de kartrekker zich op als deelnemer van de groep, zij het één die belast is met een aantal extra taken. Belangrijk is dat de kartrekker als een 'volgend leider' de deelnemers kan motiveren en stimuleren om het groepsproces in eigen hand te nemen en te houden, met aandacht en respect voor ieders rol en bijdrage hierin.

Eigenaar

Bovenstaande informatie is verkregen vanuit HEE!/Trimbos-instituut.

Stigmabestrijding

Binnen herstelondersteunende zorg is het van groot belang om stigmatis-

ring te bestrijden, zowel binnen als buiten de instelling. Dwang, onnodige huisregels, mooiere toiletten voor personeel dan voor cliënten, stigmatiserend taalgebruik van hulpverleners, onnodige beperking van de rechten; het komt regelmatig voor in de GGZ en leidt ertoe dat cliënten afhankelijk worden van hulp en zich minderwaardig voelen. Dit ondermijnt het herstel van cliënten.

Hulpverleners kunnen stigmatisering binnen hun afdeling, team of instelling op verschillende manieren bestrijden:

- De eerste stap is er eenvoudigweg aandacht voor hebben. Dit kan door elkaar binnen het team te bevragen op (onbewuste) vooroordelen of stigmatiserend gedrag. Ervaringsdeskundigen kunnen hierbij helpen door hulpverleners bewust te maken van hun vooroordelen of omgang met cliënten.
- Bekijk de routines van de organisatie eens kritisch op eventuele stigmatisering (regels, afspraken en dagritmes op de afdeling). Ga hierover met cliënten in gesprek en besteed in persoonlijke gesprekken ook aandacht aan het bestrijden van zelfstigmatisering.
- Uiteindelijk kunnen hulpverleners een visie opstellen over het bestrijden van stigmatisering.
- Een effectieve manier om zowel interne als externe stigmatisering te bestrijden, is cliënten op te leiden tot ervaringsdeskundigen. Die kunnen vervolgens naar buiten treden als competente en krachtige personen om hun verhaal te doen. Op deze manier wordt ook zelfstigmatisering bestreden. Bestrijding van stigma's en bevordering van participatie van mensen met psychische aandoeningen werkt het beste door de psychiatrische cliënten zelf sterker te maken (empowerment).

Herstelondersteunende methodieken en middelen

Er zijn verschillende methodieken en middelen beschikbaar om de hulpverlening meer herstelondersteunend te maken. Hier geldt wel dat als een hulpverlener gebruikmaakt van één van deze methodieken, hij niet ook automatisch bezig is met herstelondersteunende zorg. De wijze waarop hulpverleners de methodiek uitvoeren en de houding van de begeleider bij het introduceren en ondersteunen van de methodiek, bepalen voor een groot deel de mate waarin cliënten zich erdoor ondersteund voelen bij hun herstel.

Het gaat erom in hoeverre de eerder genoemde kenmerken van herstelondersteunende zorg worden toegepast, in samenhang en aansluitend op het persoonlijke herstelproces. Heeft de hulpverlener bijvoorbeeld een houding

van hoop en optimisme? Gebruikt hij tijdens het werken met de methodiek zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze? Met deze kanttekening in het achterhoofd beschrijven we enkele methodieken en middelen die behulpzaam zijn bij de begeleiding (Herstelondersteunende begeleidingsplannen, Strengths Model) en bij het maken van keuzes ten aanzien van de behandeling (Shared Decision Making). Daarnaast staan we kort stil bij twee omvattende rehabilitatiemethodieken: de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH).

Herstelondersteunende begeleidingsplannen

Voor hulpverleners en ervaringsdeskundigen die aan de slag gaan om de zorg meer herstelondersteunend te maken, is het zinvol om in ieder geval kritisch naar de huidige begeleidingsplannen te kijken. Veel instellingen werken (nog) met begeleidingsplannen die het herstel van cliënten te weinig ondersteunen. De doelen zijn eigenlijk meer van de hulpverleners dan van de cliënten. Veel begeleidingsplannen lijken op elkaar; ze bevatten standaarddoelen, zoals 'de cliënt moet stabiliseren'. Ook staan in veel plannen de problematiek en beperkingen van de cliënt centraal, in plaats van diens sterke kanten en mogelijkheden. Op dit gebied valt dus veel winst te behalen.

In ons land zijn op verschillende plekken initiatieven ontstaan om het oude begeleidingsplan te vervangen door een nieuw, herstelondersteunend format. De Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU) is daarvan een voorbeeld. Sinds kort werkt de hele organisatie met herstelondersteunende begeleidingsplannen. Dit was een logisch gevolg van de visie op herstel en de aandacht voor herstelondersteunende zorg binnen de instelling. Het begeleidingsplan wordt samen met de cliënt opgesteld. De centrale elementen van dit plan zijn:

- het levensverhaal van de cliënt;
- een krachten- en stressfactorenanalyse;
- zelfregie;
- keuze uit twaalf levensgebieden.

Levensverhaal

Het levensverhaal is in de plaats gekomen van de (medische) voorgeschiedenis. Door de cliënt zelf zijn verhaal te laten vertellen, voelt hij zich weer eigenaar van zijn eigen ervaringen en herstelproces. In het levensverhaal komen vaak veel momenten van kracht, hoop en passie naar voren. Het gaat er onder meer om:

- Helder te krijgen welke talenten de cliënt heeft.
 - Welke talenten er waren in het verleden die nu niet meer gebruikt worden.
 - Hoe iemand was voordat er psychiatrische problemen ontstonden.
- Het levensverhaal geeft ook inzicht in verlieservaringen en rouwverwerking van cliënten. De cliënt kan zijn levensverhaal desgewenst jaarlijks updaten.

Krachtenanalyse

De krachtenanalyse wordt gebaseerd op het krachtenmodel (Strengths Model) van Rapp (2006). De analyse richt zich op:

- persoonlijke eigenschappen;
- talenten;
- vaardigheden en interesses van de cliënt;
- krachtbronnen in de omgeving van de patiënt.

Stressfactorenanalyse

In aanvulling op het krachtenmodel heeft de werkgroep van de SBWU ervoor gekozen tevens ruimte te maken voor de beschrijving van stressfactoren. Op deze manier is er ook aandacht voor verbetermogelijkheden op terreinen waar talenten en vaardigheden tekortschieten, of waar sprake is van factoren die het behalen van belangrijke doelen van de cliënt belemmeren (Bergmans & Beentjes, 2011).

Doelen van de cliënt

Bij het opstellen van het begeleidingsplan daagt het team cliënten uit om aan te geven op welke levensgebieden (maximaal vijf) zij doelen willen stellen. Hierbij maken de cliënten een keuze uit:

- wonen;
- dagbesteding;
- sociale contacten;
- financiën & administratie;
- lichamelijke gezondheid;
- geestelijke gezondheid;
- begeleiding;
- middelengebruik;
- justitiële contacten;
- zingeving;
- relaties,
- intimiteit & seksualiteit;
- opvoeding & kinderen.

Voor het gezinsteam komen daar vijf extra keuzegebieden bij:

- relaties & rollen in gezin;
- opvoedvaardigheden;
- ontwikkeling van kinderen;
- kinderen & veiligheid;
- kinderen & school.

Bij alle gekozen gebieden komen de volgende vragen aan bod:

- Hoe gaat het nu?
- Wil ik iets veranderen en zo ja, wat?
- Hoe ga ik dit bereiken en wat heb ik hiervoor nodig?
- Waaruit bestaat de begeleiding op dit moment?

Nieuw format vergt tijd

Het is goed om te realiseren dat het invoeren van een nieuw format ter vervanging van oude begeleidings- of verpleegplannen veel tijd en aandacht vergt. Instellingen moeten een werkgroep samenstellen met voldoende cliënten en begeleiders, en de nieuwe plannen in een pilot uitproberen en zo nodig bijstellen. Medewerkers en cliënten moeten leren werken met het nieuwe plan. Bovendien zijn de plannen alleen herstelondersteunend als begeleiders bij het opstellen ervan een juiste houding hebben en de organisatie als geheel gericht is op herstel.

Herstelondersteunende begeleidingsplannen: do's en don'ts

Do's

- Gebruik de krachten, talenten en mogelijkheden van cliënten als leidraad voor de hulpverlening.
- Zorg dat het plan in kaart brengt welke wensen en ambities de cliënt heeft.
- Zorg dat het plan in beeld brengt welke hulpbronnen de cliënt daarvoor heeft.
- Zorg dat het plan duidelijk maakt welke ondersteuning de cliënt graag wil en op welke wijze.
- Laat de cliënt het tempo bepalen.
- Laat het taalgebruik aansluiten bij de cliënt.
- Zorg dat de cliënt voldoende keuzemogelijkheden heeft.
- Zorg dat er aandacht is voor het netwerk van de cliënt.

Don'ts

- Laat niet de diagnose, ziektegeschiedenis en beperkingen centraal staan.
- Leg niet bij voorbaat het soort doelen vast.
- Laat niet de hulpverlener de doelen formuleren.

Bron: HEE-team, werkmateriaal 2009

Het Strengths Model

Het *Strengths Model* is een vorm van casemanagement, maar de benadering kan ook op andere vormen van hulpverlening worden toegepast. In het Strengths Model staan de individuele krachten van cliënten centraal, die zij onttelen aan wensen, competenties en vertrouwen. Om tot wasdom te komen zijn veelal ook omgevingskrachten nodig: sociale relaties, materiële hulpbronnen en diensten, en mogelijkheden die zich voordoen. Het Strengths Model gaat ervan uit dat mensen die lijden aan een ernstige psychiatrische aandoening voortdurend kunnen leren, groeien en veranderen; mits de individuele en omgevingskrachten op de juiste wijze worden aangewend.

Binnen het Strengths Model werken hulpverlener en cliënt toe naar een persoonlijk herstelgericht plan, en voeren dit plan ook uit.

Het Strengths Model is ontwikkeld in de Verenigde Staten en ongeveer vijf jaar geleden in Nederland geïntroduceerd. De grondlegger van het Strengths Model is Charles Rapp (2006). Deze benadering ontleent haar inspiratie vooral aan de empowermenttheorieën waarin de eigen krachten van cliënten en de mobilisatie van deze krachten centraal staan.

Enkele algemene uitgangspunten van het Strengths Model zijn:

- De cliënt is leidend bij het hulpverleningsproces.
- De aandacht is gericht op individuele krachten en niet op pathologie.
- De omgeving wordt gezien als een 'oase' van hulpbronnen.
- Interventies zijn gebaseerd op de keuzes van de cliënt.
- De relatie tussen hulpverlener en cliënt vormt de onmisbare basis voor wederzijdse samenwerking.
- Actieve outreach (de cliënt ontmoeten in zijn eigen leefwereld) is een belangrijk kenmerk van de werkwijze.
- Mensen die lijden aan een ernstige psychiatrische aandoening kunnen voortdurend leren, groeien en veranderen.
- Het model sluit nauw aan bij herstelprocessen.

Stappen in het Strengths Model zijn:

- relatie opbouw;
Uitvoeren van een strengths assessment, eindigend met het prioriteren van wensen en doelen;
- opstellen van een herstelgericht plan: een gemeenschappelijke agenda opstellen met activiteiten die gericht zijn op het realiseren van de persoonlijke doelen van de cliënt;
- uitvoering van het plan;
- evaluatie van het plan.

Delen van het Strengths Model zijn naar het Nederlands vertaald door Storm Rehabilitatie. Ook maakt scholing in dit model deel uit van het opleidingsaanbod van de RINO Groep.

Shared Decision Making

Shared Decision Making (SDM; Deegan & Drake, 2006) is een met ICT ondersteunde methode waarmee de behandelaar en hulpvrager tot een gezamenlijk besluitvormingsproces komen. Dit gebeurt op basis van de ervaringskennis van de cliënt, wetenschappelijke richtlijnen en de inzichten van de hulpverlener. SDM is ontwikkeld in de Verenigde Staten en wordt inmiddels bij verschillende Nederlandse instellingen uitgetoetst.

Gelijkwaardige dialoog

Het achterliggende concept van Shared Decision Making ligt tussen de traditionele paternalistische benadering waarbij de arts beslist, en de cliënt-autonome manier waarbij de cliënt zelf beslist over de eigen behandeling. Bij Shared Decision Making staat de gelijkwaardige dialoog tussen behandelaar en cliënt centraal.

Het hebben van inspraak in de psychiatrische behandeling draagt eraan bij dat cliënten regisseur worden van hun eigen herstelproces. De hulpverlener en cliënt, die elkaar erkennen als expert, werken bij deze methode samen om informatie (o.a. over ziekte, behandelmogelijkheden, mogelijke bijwerkingen) en waarden te delen. Zo komen zij samen tot een weloverwogen beslissing over de behandeling. SDM is ook zeer behulpzaam in de volgende gevallen:

- situaties waarin geen overeenstemming is tussen cliënt en hulpverlener over de in te zetten behandeling;
- bij behandelingen waaraan zowel voor- als nadelen verbonden zijn;
- als nog onvoldoende empirisch bewijs voorhanden is over de behandeling.

Voortgang monitoren

Voorafgaand aan het gesprek met de behandelaar vult de cliënt een vragenlijst in op de computer. Indien nodig krijgt hij hierbij ondersteuning van een getrainde ervaringswerker. In de vragenlijst komen diverse punten aan de orde, zoals eigen kracht, (beperkingen in) functioneren en medicatiegebruik. Ook kan de cliënt aangeven wat hij als doel ziet van het gesprek met de behandelaar: meer informatie, medicatieverandering, zorgen bespreken, etc. Bij vervolfbezoeken vult de cliënt de vragenlijst opnieuw in, zodat cliënt en behandelaar de voortgang kunnen monitoren.

SDM onderzocht

Uit Amerikaans onderzoek (Deegan & Drake, 2006; Hamann e.a., 2006) blijken de positieve effecten van SDM. Uit een studie gericht op SDM bij psychofarmacologische consultaties komt naar voren dat cliënten meer betrokken lijken te raken bij besluiten omtrent hun eigen behandeling. Bij SDM wordt gebruikgemaakt van een speciaal softwareprogramma waarbij de cliënt kan aangeven hoe hij tegen het eigen medicijngebruik aankijkt. Het rapport van de resultaten biedt een ingang voor het gesprek met de hulpverlener. In een andere studie wordt het effect van SDM vergeleken met die van een normale behandeling. Hieruit blijkt dat SDM bij patiënten met schizofrenie leidt tot meer betrokkenheid bij de eigen behandeling.

Rehabilitatiemethodieken

Rehabilitatie is een hulpverleningsvorm die is gericht op het herstel van activiteiten (dagelijks functioneren) en participatie (functioneren in specifieke rollen). Rehabilitatie gaat ervan uit dat herstel van rollen en dagelijkse routines doorwerkt in het herstel van persoonlijke identiteit en gezondheid. Een definitie van rehabilitatie is: 'mensen met ernstige, langdurige beperkingen en participatieproblemen ondersteunen bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun activiteiten- en participatiedoelen' (Dröes, Van Wel & Korevaar, 2011, p.27). Net als bij de andere beschreven methodieken geldt: of cliënten de methodiek daadwerkelijk als herstelondersteunend ervaren, hangt grotendeels af van de manier waarop hulpverleners de methodiek inzetten. We gaan nu kort in op twee bekende rehabilitatiemethodieken.

Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)

De Individuele Rehabilitatie Benadering (zie Korevaar & Dröes, 2008) is een methodiek om mensen met ernstige psychische aandoeningen beter te helpen functioneren. Het doel is dat de cliënten met succes en tevredenheid – in de omgeving van hun keuze en met zo min mogelijk professionele hulp – kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten onderhouden. (Anthony, Cohen, Farkas & Cagne, 2002).

De IRB is ontwikkeld door het Center for Psychiatric Rehabilitation van de universiteit van Boston en is in 1992 in Nederland geïntroduceerd door de Stichting Rehabilitatie '92. De benadering gaat ervan uit dat ook mensen met ernstige psychiatrische problemen wensen en doelen hebben over hun rolfunctioneren op verschillende levensgebieden. Mensen kunnen deze wensen en doelen verwezenlijken door gebruik te maken van hun sterke kanten, gerichte vaardigheidsontwikkeling en hulpbronnen vanuit de omgeving (Korevaar & Dröes, 2008).

Uit de hierboven beschreven missie van IRB vloeit een aantal waarden voort:

- persoonlijke, individuele benadering;
- uitsluitend geschikt om *eigen* doelen van cliënten op de vier levensgebieden te ondersteunen;
- gericht op leren van vaardigheden en zelfstandig functioneren waar mogelijk;
- gericht op het verwerven of gebruiken van hulpbronnen waar nodig;
- steun door belangrijke anderen;
- zo weinig mogelijk professionele hulp;
- uitkomstmaten: succes (oordeel van omgeving) en tevredenheid (oordeel van cliënt).

Om cliënten te helpen hun persoonlijke doelen te verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden, zijn modules (de 'IRB-techniek') ontworpen. De modules zijn gericht op rolherstel op een viertal rehabilitatiedomeinen:

- 1 wonen;
- 2 werken/dagbesteding/vrije tijd;
- 3 leren;
- 4 sociale contacten.

De IRB-modules zijn:

- het scheppen van een band;
- doelvaardigheid beoordelen, bespreken en ontwikkelen;
- het stellen van een rehabilitatiedoel;
- functionele diagnostiek (beoordeling vaardigheden cliënt);
- hulpbronnendiagnostiek (welke hulpbronnen zijn nodig of gewenst?);
- vaardigheidsles en –stappenplantoepassing;
- hulpbronnen creëren, verkrijgen en gebruiken;
- planning.

Inmiddels zijn verschillende studies gedaan naar de effectiviteit van de IRB-methode. Daaruit blijkt onder meer dat cliënten die IRB-begeleiding krijgen, er vaker in slagen om hun doelen te behalen dan andere cliënten (Swildens e.a., 2010). Meer over de IRB-modules kunt u vinden in het Handboek Rehabilitatie (Korevaar & Dröes, 2011) en op de website van [Stichting Rehabilitatie'92](#).

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)

Een andere rehabilitatiemethode is het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) (Wilken & Den Hollander, 2007). Deze methodiek heeft als inzet de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren, door om te gaan met de kwetsbaarheid, verbetering van (leef)milieus en het vergroten van de activiteiten en deelname aan de samenleving van cliënten.

SRH is een vorm van wens-, vraag- en behoeftegericht werken. Het is zowel een basis- als een procesmethodiek. Als basismethodiek geeft SRH vorm en structuur aan hulpverleningsprocessen, op zo'n manier dat het mogelijk is om ook te werken met andere (al dan niet meer probleemgerichte) methodieken. Als procesmethodiek is SRH erop gericht om processen op gang te krijgen en te houden. Denk hierbij aan herstelprocessen van cliënten en samenwerkingsprocessen tussen cliënten, hun naastbetrokkenen en hulpverleners.

De methodiek heeft verschillende vertrekpunten:

- De wens van de cliënt om zijn kwaliteit van leven te verbeteren of te handhaven.
- De steun die de cliënt nodig heeft van de omgeving en/of van professionals om deze wens te realiseren.
- Het gebruiken en versterken van de krachten en mogelijkheden.
- Het leren omgaan met de psychosociale kwetsbaarheid en het verminderen hiervan.
- Een samenwerkingsrelatie tussen cliënt, professional en sociaal netwerk.

Het verschil tussen SRH en IRB

De uitwerking van 'de wens van de cliënt' in SRH is anders dan bij de IRB. De IRB richt zich op activiteiten en participatie door het vervullen van door de cliënten zelf gewenste rollen. De SRH richt zich op het algemenere begrip 'levenskwaliteit'. Waar bij de IRB uitsluitend de wens van de cliënt het uitgangspunt is, komt bij de SRH zo nodig het initiatief meer bij de hulpverleners te liggen. In dat geval wordt deelname van de cliënt zo veel mogelijk bevorderd, om zo de wens van de cliënt weer richtinggevend te maken.

Casuïstiek

Inspirerende voorbeelden

Tijdens de Zorg voor Beter-trajecten Herstelondersteunde Zorg zijn diverse goede initiatieven genomen. We beschrijven hier kort enkele inspirerende voorbeelden op organisatieniveau, die navolging verdienen.



Casus 1: Sloop van de verpleegpost

Een organisatie heeft het drastisch aangepakt: cliënten en medewerkers hebben daar de verpleegpost 'gesloopt' en laten vervangen door een open balie. Het doel was fysieke barrières weg te nemen om zo een meer gelijkwaardig contact tussen cliënten en personeel te bevorderen. De open balie doet nu dienst als gemeenschappelijke werkruimte van personeel en cliënten en wordt goed benut. Zowel personeel als cliënten zijn tevreden: de onderlinge betrokkenheid is toegenomen en de medewerkers zijn meer toegankelijk voor cliënten. Ook is de sfeer op de afdeling verbeterd en trekken verpleegkundigen en cliënten meer met elkaar op.



Casus 2: Verbetering van het activiteitenaanbod

Een organisatie heeft flink geïnvesteerd in de verbetering van het activiteitenaanbod. In het pand hebben zij - in overleg met de cliënten - nieuwe activiteitenruimtes ingericht. Ook is er ruimte voor individuele activiteiten. De teams stellen met nieuwe cliënten een individueel activiteitenprogramma op, dat zij na zes weken evalueren en indien nodig aanpassen. Ook hebben ze een Grand Café opgezet met werkervaringsplekken voor cliënten die als ontmoetingsplek kunnen dienen, zodat cliënten hun contacten kunnen uitbreiden.



Casus 3: Bijeenkomsten teamcoaching

Op verschillende locaties is 'herstelgerichte teamcoaching' geïntroduceerd. Deze vorm van coaching richt zich op bewustwording van de houding en attitudeverandering bij zorgverleners. De bijeenkomsten zijn bedoeld voor hulpverleners van een (verbeter)team en worden geleid door intervisie-be-

geleiders. Ervaringsdeskundigen bewaken hierbij dat het perspectief van de cliënt aan bod komt. Tijdens iedere bijeenkomst wordt de casus van één cliënt besproken. In de voorbereiding betrekken de hulpverleners ook de cliënt, bijvoorbeeld door zijn veranderdoelen te bespreken.



Casus 4: Herstelkaartjes

Een organisatie ontwikkelde 'Herstelkaartjes'. De herstelkaartjes zijn een middel om met een cliënt de dialoog op gang te brengen over herstel. Ze zijn in eerste instantie bedoeld om zicht te krijgen op iemands individuele wensen en behoeftes, om vervolgens samen te bedenken wat er voor nodig is om de individuele wensen te realiseren. De kaartjes bevatten de volgende vragen:

- 1 Herstel is: het persoonlijk oprabbelen, grip krijgen op je bestaan.
 - Wie of wat heb je nodig om deze stappen te zetten?
 - In hoeverre kun je de dingen doen die je graag doet / belangrijk vindt?
- 2 Het blijkt dat het ondernemen van activiteiten/bezigheden bij veel mensen positief bijdraagt aan hun herstel.
 - Geldt dat ook voor jou?
 - Wat voor activiteiten/bezigheden zou je willen doen?
 - Hoe kan ik je daarbij helpen?
- 3 De ervaring leert dat de begeleider een belangrijke rol kan spelen bij herstel en bij herstelbeleving.
 - Wat heb je graag dat ik doe om die rol goed te kunnen vervullen?
 - Wat moet ik in jouw ogen niet doen?
- 4 Kenmerken van herstel zijn: zelfvertrouwen, hoop, een betere toekomst.
 - Herken je dit; ben jij hier ook mee bezig?
 - Kun je vertellen hoe je daarmee bezig bent?
 - Zou je willen dat ik daar als begeleider ook een rol in heb?
- 5 Herstellen gaat met vallen en opstaan.
 - Wie of wat heb je nodig als het (even) niet goed met je gaat?
 - Wat denk je dat je zelf kunt doen?
 - Wat voor steun verwacht je van mij?

Cliënt en begeleider kiezen één of meerdere dialoogkaartjes uit om het gesprek over herstel op gang te brengen. Hoe zij tot een keuze komen is aan henzelf. De kaartjes bevatten bewust nogal algemene vragen, die de cliënt en de begeleider de gelegenheid geven om door te vragen en dieper op bepaalde zaken in te gaan.

Lesmateriaal

Lesmateriaal voor docenten bij de kennisbundel herstelondersteunende zorg.

Docenten die lessen willen verzorgen over het thema Herstelondersteunende zorg kunnen gebruikmaken van een [PowerPointpresentatie](#) en opdrachten behorende bij de Kennisbundel, ontwikkeld door het Trimbos-instituut. In de [docentenhandleiding](#) worden de PowerPointpresentatie en de opdrachten toegelicht. Ook verwijst de handleiding naar filmmateriaal en/of relevante documentaires.

Het lesmateriaal is ontwikkeld door het Trimbos-instituut in nauwe samenwerking met vier ROC's (zorg en welzijn/ gezondheid) en samenwerkende GGZ-instellingen, te weten: Noorderpoort-college in Assen i.s.m. Lentis en GGZ Drenthe (Groningen en Drenthe); Albeda College i.s.m. Antes, Parnasiagroep, Erasmus MC, Yulius en GGZ Delfland (Rotterdam e.o.); ROC Midden Nederland i.s.m. Kwintes, Leger des Heils, SBWU (Utrecht); GGZ Mondriaan i.s.m. Arcus College en ROC Leeuwenborg (Heerlen/Maastricht).



Vindplaats

[Actuele kennis](#)
[Richtlijnen](#)
[Beeldmateriaal](#)
[Relevante websites](#)

Actuele kennis

Bergen, A.M. & Sok, K. van (2008). *Buitengewoon: kwartiermaken en ervaringsdeskundigheid in maatschappelijke steunsystemen*. Utrecht/Eindhoven: Movisie/GGzE.

Boevink, W. (2009). *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren*. HEE-gesch(r)ift. Utrecht: Trimbos-instituut. (Te bestellen via www.trimbos.nl).

Boevink, W. (red) (2006). *Verhalen van herstel. Samen werken met ervaringskennis in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut. (Te bestellen via www.trimbos.nl).

Boevink, W., Beuzekom, J. van, Gaal, E., Jadby, A., Jong, F., Klein Bramel, M., Kole, M., te Loo, N., Scholtus, S. en Wal, C. van der. (2002). *Samen werken aan herstel. Van ervaringen delen naar kennis overdragen*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Boevink, W. & Dröes, J. (2003). *Rehabilitatie en herstel – het begin van een dialoog?* Passage, 12(1), 4-11.

Boevink, W. & Dröes, J. (2005). *Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen?* Psycho-praxis, 7(1), 14-20.

Boevink, W, Plooy, A. & Rooijen, S. van (red) (2006). *Herstel, Empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.

Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment. Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen*. Movisie: Utrecht.

Erp, N. van, Boertien, D., Scholtens, G. & Rooijen, S. van (2011). Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning. *Inventarisatie van initiatieven in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut. (Te bestellen via www.trimbos.nl).

GGZ Nederland i.s.m. SBWU (2012). *De Herstel Special. De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*. GGZ Nederland: Utrecht.

Hendriksen-Favier, A.I., Nijnens, K., Van Rooijen, S. (2012). Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut. (te bestellen via www.trimbos.nl).

Hoof, F. van, Geelen, K., Rooijen, S. van, Weeghel J. van, Boevink, W. & Kroon, H. (2004). *Meedoen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps*. Monitorrapportage vermaatschappelijking. Utrecht: Trimbos-instituut. (Te bestellen via www.trimbos.nl).

Initiatiefgroep *Herstelondersteuning (2011). Herstelondersteuning. Van kans naar realiteit!* Kansen voor mensen met een langdurige psychische kwetsbaarheid. Zeist: A-D Druk.

Karbouniaris S. & Brettschneider, E. (2008). *Inzet en waarde van ervaringsdeskundigheid in de GGZ*. Utrecht: Kenniscentrum Innovatie – Hogeschool Utrecht.

Knooren J. & Haaster, H. van (2008). *Onderwijsprogramma's voor ervaringsdeskundigen*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 63(6), 515-525.

Neijmeijer, L., & A. Hendriksen (2009). *Toolkit herstelondersteunende zorg en sociale participatie*. Utrecht: Trimbos-instituut/Vilans. Online vindplaats: www.trimbos.nl.

Onderwijsproject *Presentie in de Praktijk, de basis voor het initiële onderwijs (2012)*. Den Bosch: Koning Willem 1 College, Stichting Presentie en het Zorg Innovatie Centrum van de Wever, locatie de Hazelaar.

Plooy, A. (2009). *Ervaringsdeskundigen in de ggz*. Deviant, 62, 12-16.

Rooijen, S. van & Weeghel, J. van (red.) (2011). *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011*. Amsterdam: SWP.

Verschelling, M. & Van de Lindt, S. (2010). *Handreiking maatschappelijke*

steunsystemen. Samenwerken aan participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Utrecht: Movisie/Trimbos-instituut.

Scholing

Herstelondersteunende zorg: HEE! biedt verschillende soorten scholing aan op het gebied van herstelondersteunende zorg. Zie www.hee-team.nl.

Presentie: de Stichting Presentie is opgericht met als doel het bevorderen, uitdragen, verder ontwikkelen en verdiepen van de presentiebenadering. Belangrijke activiteiten zijn het organiseren van studiebijeenkomsten, het geven van cursussen, het ondersteunen van presentiepraktijken, het bevorderen en uitvoeren van onderzoek en het verspreiden van informatie op het terrein van presentiebeoefening. Zie www.presentie.nl.

IRB: Stichting Rehabilitatie is een landelijk opererend bij- en nascholingsinstituut dat zich bezighoudt met het verzorgen van trainingen en consultatie op het gebied van rehabilitatie.

Rehabilitatie '92 streeft naar de introductie en invoering van de IRB in de Nederlandse GGZ-instellingen via een uitgebreid scholingsprogramma, voornamelijk gericht op hulpverleners. Zie: www.rehabilitatie92.nl.

SRH: het Centrum Opleidingen Langdurige & Complexe Zorg van de RINO Groep (www.rinogroep.nl) streeft naar het vergroten van de deskundigheid van professionals in de langdurige en complexe. Het centrum is licentiehouder van de SRH en verzorgt diverse trainingen.

Richtlijnen

Er bestaat (nog) geen landelijke richtlijn herstelondersteunende zorg. Wel zijn er instellingen die zelf een richtlijn geformuleerd hebben, bijvoorbeeld de richtlijn van de SBWU.

GGZ Nederland heeft in haar visiedocument 'Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap' (2009) zes ambities beschreven om de positie van mensen met een ernstige psychische aandoening te verbeteren. Herstel is hierin het leidende principe.

Beeldmateriaal

'Gekkenwerk in de psychiatrie'. Film ontwikkeld door HEE! (2012). Verschillende ervaringsdeskundigen komen hierin aan het woord over hun ervaringen. Te bestellen via www.trimbos.nl.

'Dwaas en deskundig'. In deze documentaire (2013, 50 min) onderzoekt Elisabeth wat de deskundigen Prof. Dick Swaab, Prof. Rene Kahn, en Prof. Inez Germeys zeggen over de bipolaire stoornis waarmee zij kampt. Samen met haar neef, de bekende psychiater Prof. Jim van Os, komt zij tot de ontdekking dat de opvattingen over waanzin alles behalve eenduidig zijn, en dat er nog veel ruimte is voor onderzoek uit een onverwachte hoek: namelijk van de kant van degene die zelf in waanzin heeft verkeerd.

Voor meer informatie of het bestellen van een vertoning kunt u contact opnemen met Wendy Beuken: W.Beuken@maastrichtuniversity.nl.

'Uitbehandeld, maar niet opgegeven'. In deze tweedelige NCRV-documentaire laat psychiater Detlev Petry op ontroerende wijze zien hoe hij omgaat met patiënten die als 'uitbehandeld' gelden.

TEDx Maastricht Clarissa Silva: 'Expert from experience'. Via You Tube of de site van TEDx.

Het verbetersteam van GGZ Dijk en Duin heeft een film gemaakt over de sloop van een verpleegpost op één van de afdelingen die deelnamen aan het verbetertraject Herstelgerichte zorg. Meer informatie hierover is te verkrijgen via: info@dijkenduin.nl

Relevante websites

- Over HEE!: Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid: www.hee-team.nl
- Over de inzet van ervaringsdeskundigheid: www.live-ervaringsdeskundigheid.nl
- Over empowerment: www.power2you.org, www.movisie.nl:
- Over de presentiebenadering: www.presentie.nl.
- Overzicht met nuttige websites voor cliënten: www.clienten-pagina.nl.
- Over cliëntgestuurde projecten: www.doorenvoo.nl.
- Over het delen van ervaringen tussen cliënten: www.ervaringswijzer.nl.
- Over de Zorg voor Beter-trajecten herstelgerichte zorg: www.kennisbankzorgvoorbeter.nl.
- Over interculturele zorg: www.forum.nl, www.mikadonet.nl

Gebruikte literatuur

- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness; The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. Psychosocial rehabilitation Journal, 16(4), 11-23.
- Anthony, W.A., Cohen, M.,R., Farkas, M.D., & Cagne, C. (2002). Psychiatric Rehabilitation (tweede editie). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Bergmans, C. & Beentjes, B. (2011). De ontwikkeling van een herstelondersteunend begeleidingsplan. Tijdschrift voor Rehabilitatie, 1, 36-43.
- Boevink, W., Kroon, H. & Giesen, F. (2008). De Nederlandse Empowerment Vragenlijst. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L, Dröes, J., Tiber, M. & Wilrycx, G. (2009).

Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. Tijdschrift voor rehabilitatie, 1, 42-54.

- Borgesius, E. & Brunenberg, W. (1999). Behoeftte aan asiel. Woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Davidson, L., Drake, R.E., Schmutte, T., Dinzeo, T. & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and Water or Oil and Vinegar? Evidence-Based Medicine Meets Recovery. *Community Mental Health Journal*, 45, 323-332.
- Deegan, P.E. & Drake, R.E. (2006). Shared Decision Making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 1636-1639.
- Dröes, J. & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 19(2), 6-17.
- Dröes, J., Van Wel, T. & Korevaar, L. (2011). In: Korevaar, L. & Dröes, J. (red.), *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Fisher, D.B. & Chamberlin, J. (2003). Consumer-directed transformation to a recovery-based mental health system. National Empowerment Center.
- Gagne, C. (2004). Rehabilitatie: een weg tot herstel. Voordracht studiedag 'rehabilitatie en herstel'. Groningen: lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool, 14 juni 2004.
- GGZ Nederland (2009). Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R. & Leucht, S. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 265-273.
- Hendriksen-Favier, A.I., Nijmens, K., Van Rooijen, S. (2012). Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut. (te bestellen via www.trimbos.nl).

- Hendriksen-Favier, A.I., Rooijen, S. van, & Rijkaart, A.M. (2011). Handreiking ROPI. Recovery Oriented Practices Index. Utrecht: ZuidamUit hof Drukkerijen.
- Hoof, F. van, Knispel, A., Wijgaarden, B. van & Kok, I. (2009). Toekomstverkenning intramurale GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Korevaar, L. & Dröes, J. (red.) (2008). Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Mancini, A.D. & Finnerty, M.T. (2005). Recovery Oriented Practices Index (un- published). New York: New York State Office of Mental Health.
- Onderwijsproject Presentie in de Praktijk, de basis voor het initiële onderwijs(2012). Den Bosch: Koning Willem 1 College, Stichting Presentie en het Zorg Innovatie Centrum van de Wever, locatie de Hazelaar.
- Ralph, R., Kidder, K. & Philips, D. (2000). Can we measure recovery? A compendium of recovery and recovery-related instruments. Cambridge: the evaluation centre.
- Rapp, C. & Goscha, R.J. (2006). The Strengths Model: Case management with people with psychiatric disabilities. Oxford: Oxford University Press.
- Swildens, W. Busschbach, J. van, Michon, H., Kroon, H., Koeter, Wiersma, D. & Os, J. van (2010). Effectively Working on Rehabilitation Goals: An RCT of the Boston Psychiatric Rehabilitation approach. Psychiatric Services (submitted).
- Wijngaarden, B. van, Bransen, M. & Wennink, H.J. (2001). Een keten van lege zondagen: tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ vergeleken met een standaard. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wilken, J.P. & Den Hollander, D. (2007). Psychosociale rehabilitatie: een integrale benadering. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Vilans

Vilans is het landelijke kenniscentrum voor langdurende zorg. Samen met zorgprofessionals ontwikkelen we vernieuwende en praktijkgerichte kennis voor iedereen die werkt in de zorg, daarvoor in opleiding is of beroepsmatig met de zorg te maken heeft. We zorgen ervoor dat de kennis in de praktijk gebruikt gaat worden. Met praktische middelen en met advies en begeleiding. Zo houden we met elkaar de langdurende zorg efficiënt, betaalbaar en van goede kwaliteit. We verbeteren daarmee de kwaliteit van leven van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben.

Meer informatie over de thema's van de kennisbundels staat op www.zorgvoorbeter.nl en www.kennispleingehandicaptensector.nl. Neem voor informatie over de kennisbundels of over samenwerking tussen onderwijs en zorg contact op met Vilans via (030) 789 23 00, info@vilans.nl of kijk op www.vilans.nl

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is een kennisinstituut. Het doet onderzoek naar geestelijke gezondheid, mentale veerkracht en verslaving. Het zet zich met kennis en innovatie actief in voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid in Nederland en daarbuiten. Onze verworven kennis passen we toe in de praktijk van professionals in de GGZ en de verslavingszorg. Het Trimbos-instituut loopt voorop in de digitalisering van kennisontwikkeling, kennisoverdracht en de uitbreiding van hulpverlening via internet.

Wij staan open voor zowel inhoudelijke vragen als vragen over methodieken, instrumenten en middelen.

Neem voor meer informatie contact op met het Trimbos-instituut, e-mail: info@trimbos.nl, telefoon (030) 297 11 00 of kijk op www.trimbos.nl.

V&VN

V&VN staat voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. De beroepsvereniging van en voor verpleegkundigen en verzorgenden. Met elkaar zorgen we ervoor dat we ons beroep goed kunnen uitoefenen. Zo werken we aan excellente zorgverlening en plezier in ons werk. Dat doen we bijvoorbeeld door kennis en ervaringen over werken met het zorgleefplan te delen op www.zorgleefplanwijzer.nl.

Wij staan open voor zowel inhoudelijke vragen over het zorgleefplan als voor vragen over methodieken en instrumenten.

Neem voor meer informatie contact op met V&VN, (030) 291 90 50 of info@zorgleefplanwijzer.nl

Calibris

Naast de erkenning van leerbedrijven is Calibris verantwoordelijk voor vaststelling van kwalificaties in zorg, welzijn en sport. In het verlengde daarvan richten we ons op verbetering van de kwaliteit van de beroepspraktijkvorming. Ons toekomstbeeld? Dat werkgevers op het juiste moment beschikken over voldoende personeel met de juiste competenties.

Calibris werkt aan duurzame oplossingen voor complexe vraagstukken met als doel een competente beroepsbevolking en een evenwichtige arbeidsmarkt.

Calibris biedt begeleiding van (regionale) samenwerking tussen onderwijs en zorg.

Kijk voor meer informatie op www.calibris.nl of neem contact op via (030) 750 78 88 of frontdesk@calibris.nl

Colofon

Ontwikkeling: Vilans, Trimbos-instituut, V&VN, Calibris

Tekst: Annemieke Hendriksen, Anneke van Wamel en Sonja van Rooijen, Trimbos-Instituut
Alle kennisbundels zijn getoetst op cliëntgerichtheid (Anne Marie Vaalburg V&VN), diversiteit (Marije Vermaas Vilans) en informele zorg (Dorothea Touwen LUMC).

Eindredactie: Leene Communicatie

Grafische vormgeving: Taluut Utrecht

De teksten en afbeeldingen in de kennisbundel zijn voor onderwijsdoelen vrij te gebruiken met bronvermelding. Voor commerciële doeleinden dient men contact op te nemen met Vilans, via info@vilans.nl of (030) 789 23 00.

De kennisbundels kunnen gratis worden gedownload via www.zorgvoorbeter.nl, www.ggzkennisplein.nl, www.kennispleingehandicaptensector.nl, www.vilans.nl, www.trimbos.nl, www.venvn.nl en www.calibris.nl.