

Annemieke Hendriksen-Favier, Karla Nijns en Sonja van Rooijen

Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz

Handreiking implementatie herstelondersteunende zorg

Handreiking voor de implementatie van **herstelondersteunende zorg** in de ggz

Colofon

Projectleiding

Sonja van Rooijen

Auteurs

Annemieke Hendriksen-Favier, Wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut

Karla Nijns, Coördinator HEE!

Sonja van Rooijen, Senior wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut

Redactie

Marianne van Bakel, Projectleider HEE!

Jos Dröes, Psychiater n.p., Senior Consultant Stichting Rehabilitatie '92

Met dank aan de medewerking van:

Dienke Boertien, Programmacoördinator herstel, ervaringsdeskundigheid en participatie,
Kenniscentrum Phrenos

Kees van Aart, Directeur bedrijfsvoering GGz Breburg

Annette Plooy, Coördinator Herstel GGz Breburg

Ria van Breukelen, Projectmanager RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden

Ontwerp en productie

Jurriaans Lindenbaum Amsterdam

Beeld

www.istockphoto.com

Deze handreiking werd mogelijk gemaakt door:



Binnen het project:



ISBN 978-90-5253-719-1

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1111**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-2971100

F: 030-2971111

www.trimbos.nl

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Voorwoord	7
Inleiding	9
Praktijkschets GGz Breburg	11
Deel I Herstel en herstelondersteunende zorg	19
1 Wat is herstel?	21
2 Wat is herstelondersteunende zorg?	27
3 Visieontwikkeling	35
4 Randvoorwaarden implementatietraject	39
5 Proces van implementatie	43
5.1 Fasen van het implementatieproces	43
5.2 Betrokkenheid van alle niveaus	44
Deel II Begin	49
6 Begintraject voor cliënten	51
6.1 Voorlichting door ervaringsdeskundigen	51
6.2 Herstelgroepen en -cursussen voor de beginfase	52
6.3 Metingen en evaluaties op cliëntniveau	56
7 Begintraject voor medewerkers	63
7.1 Voorlichting medewerkers	63
7.2 Voorlichting managers en behandelaars	64
7.3 Discussie- en themabijeenkomsten	65
8 Begintraject op organisatieniveau	69
8.1 Inzetten van ervaringsdeskundigen	69
8.2 Draagvlak creëren	70
8.3 Opzetten projectstructuur	72
8.4 Een projectteam vormen	73
8.5 Rollen en taken van de projectleider	74
8.6 Steun van het management	76
8.7 Voorbereidingen op het projectplan	76
8.8 Een projectplan opstellen	79

8.9	Het belang van communicatie	83
8.10	De PDSA-methodiek	88

Deel III Vervolg **93**

9 Vervolgtraject voor cliënten **95**

9.1	Herstelgroepen en -cursussen voor de vervolgfase	95
9.2	Werken met herstelverhalen	100
9.3	Werken vanuit zelfhulp	101
9.4	Rol van cliënten bij visieontwikkeling	104
9.5	"Mijn cliënt is te ziek voor herstelactiviteiten"	104

10 Vervolgtraject voor medewerkers **107**

10.1	Scholing herstelondersteunende zorg	108
10.2	Scholing managers	110
10.3	Scholing behandelaars	110
10.4	Stigmabestrijding	113
10.5	Herstelondersteunende begeleidingsplannen	115
10.6	Strengths model	117
10.7	Shared decision making	118
10.8	Training herstelondersteunend omgaan met mensen met psychische aandoeningen	119
10.9	Rehabilitatiemethodieken	120

11 Vervolgtraject op organisatieniveau **123**

11.1	Hobbels en valkuilen tijdens de vervolgfase	123
11.2	Procesmonitoring en kwaliteitsbewaking	126
11.3	Activiteiten die het herstel aanwakkeren	127
11.4	Voorbeelden van herstelgerichte initiatieven	128

Deel IV Verankering **135**

12 Successen borgen en verspreiden **137**

13 Voorwaarden voor verankering **141**

13.1	Draagvlak voor herstelvisie	141
13.2	Structurele inzet van ervaringsdeskundigen	141
13.3	Organisatie- en overlegstructuren	143
13.4	Sturing door management en behandelaars	143
13.5	Cliëntuitkomsten zijn leidend	144
13.6	Ruimte voor scholing en deskundigheidsbevordering	144
13.7	Ruimte om te pionieren	145
13.8	Financiering	146

Slotwoord	148
Literatuur	149
Bijlage I Format projectplan	153
Bijlage II Voorbeeld van een communicatie-actieplan per doelgroep	161
Bijlage III Competenties voor begeleiders die werken vanuit de herstelbenadering	163
Bijlage IV Voorbeeld Strengths assessment	165

Voorwoord

Voor u ligt de handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg: een document in groei. Een weergave van wat er tot nu toe bekend is op dit gebied. Maar tevens een beschrijving van een betrekkelijk nieuwe ontwikkeling die volop in beweging is.

Herstel en de ondersteuning daarvan zijn nu ongeveer tien jaar een thema in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Het begon allemaal met de publicatie van het boek 'Samen werken aan herstel' van de eerste herstelwerkgroep bij de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht. In dat boek zetten de leden van die werkgroep – allemaal mensen met uitgebreide cliëntervaring in de psychiatrie – uiteen wat er gebeurt wanneer je ervaringskennis deelt met anderen die ook ervaringskennis hebben. Er ontstaat dan ruimte waarbinnen geleidelijk thema's kristalliseren; gemeenschappelijke punten, ervaringen. In dat proces ontstaat er ook ruimte voor ieder afzonderlijk om zich bewust te worden van de eigen positie, ervaringen en verlangens. Dat is essentieel voor herstel. Zonder die ruimte ontstaat er geen herstelverhaal, is er geen plaats voor eigen initiatief en empowerment, wordt ervaringskennis niet bewust. Herstelondersteuning is dan ook in de allereerste plaats: zorgen dat die ruimte kan worden geschapen en, wanneer ze er is, kan worden behouden.

De auteurs van deze handreiking hebben beschreven op welke wijze herstelondersteunende zorg vorm krijgt en welke stappen gevolgd moeten worden tijdens dit implementatieproces. Consequent is aangegeven wie daarbij betrokken dienen te zijn: cliënten, ervaringsdeskundigen, hulpverleners, managers en directies. Het resultaat mag er zijn. De handreiking voorziet de lezer van een goede handreiking om zelf aan de slag te gaan en ruimte te scheppen voor herstel. Maar hier stuiten we op een merkwaardige paradox. Hoe meer bekend is over wat helpt en wat hindert en hoe meer instrumenten er voorhanden zijn om de implementatie van herstelondersteunende zorg te beginnen, te vervolgen, te onderhouden en te evalueren, hoe groter de kans dat de ruimte voor herstel wordt platgedrukt. Wij kunnen nu eenmaal niet alles tegelijk. Wie een implementatieprogramma opzet, heeft al een belangrijk deel van zijn tijd en energie gegeven. Wie het programma daarna ook wil invoeren en onderzoeken, is vervolgens zijn tijd kwijt aan het op stoom houden van deze processen. Iedereen weet hoeveel energie het kost om een echte verandering te implementeren in de zorg. En helaas zijn de herstellende cliënten hierbij voortdurend 'spelbrekers'. Zij vragen af en toe om dingen die vooraf niet bedacht waren. Ze komen niet opdagen op geplande bijeenkomsten. Ze doen er langer over dan gepland om hun herstelverhalen te maken. Zij hebben kritische kanttekeningen bij de uitvoering. Niet op het moment dat daar naar gevraagd wordt, maar halverwege het project. Als het niet uitkomt.

Ruimte maken voor herstel betekent dat juist deze verstoringen van de geplande processen worden gezien en behandeld als datgene waar het om gaat. De kans dat dat mogelijk is wordt groter wanneer men de implementatie-adviezen uit deze handreiking volgt. Maar een garantie is het zeker niet. Het is heel goed mogelijk om veel punten uit de handreiking te implementeren en toch juist datgene waar het over gaat te vergeten. Het gaat om het scheppen en behouden van de tijd en de ruimte voor herstel. Voor het grillige, plotseling op gang komende of juist onverwacht achterblijvende herstelproces. Bij het schrijven en redigeren van de handreiking viel voortdurend op hoe gemakkelijk de beschrijving van procedures en instrumenten uitloopt op een technisch verhaal waarachter de kern van waar het om gaat uit beeld raakt. Daarom is deze handreiking een document in groei. Het gaat om groei die de gebruiker van deze handreiking zelf inbrengt. De groei van de ruimte voor herstel, de persoonlijke ruimte om ervaringen te overwegen, te delen en bewust te worden, om verlangens te uiten en initiatief te ontplooiën moet steeds opnieuw worden geschapen en verdedigd, als kern van het proces.

We wensen u, gebruikers van deze handreiking, dan ook veel inspiratie en wijsheid toe, een luisterend oor en een opmerkzaam oog voor tekenen van herstel en voor de kracht van mensen die herstellen.

Jos Dröes
Karla Nijns

Inleiding

Steeds meer instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) onderkennen het belang van herstelondersteunende zorg. Het gedachtegoed 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! (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) en Stichting Rehabilitatie '92 worden genoemd. In de afgelopen jaren is breed geëxperimenteerd met het vertalen van de herstelprincipes naar de dagelijkse praktijk. In verschillende ggz-instellingen wordt tegenwoordig uitvoering gegeven aan hersteltrajecten, 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). Hierin is de ambitie verwoord om te komen tot een zorg waarbij herstel het leidende principe is. Tevens hebben in het kader van Zorg voor Beter, een landelijk door ZonMw/VWS gesubsidieerd programma, meer dan zestig teams van ggz-instellingen deelgenomen aan verbetertrajecten gericht op herstelondersteunende zorg.

In de praktijk blijkt er veel behoefte te zijn aan praktische handreikingen die organisaties in staat stellen om met succes een herstelondersteunend implementatietraject uit te voeren en de resultaten te borgen. Veel instellingen worstelen nog met de begrippen herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid, en zijn zoekende hoe zij vorm kunnen geven aan herstelondersteunende zorg. Het werken volgens de herstelvisie raakt de kern van de wijze waarop de zorg is georganiseerd. De transitie naar het bieden van herstelondersteunende zorg vergt daarom een omvangrijk implementatietraject, een niet te onderschatten proces. Met deze handreiking willen wij instellingen op weg helpen door concrete handvatten aan te reiken om instellingsbreed een implementatietraject herstelondersteunende zorg op te zetten. We maken hierbij vooral gebruik van kennis en ervaringen die zijn opgedaan in Zorg voor Beter en in de HEE-trajecten. De handreiking is bedoeld voor kwaliteitsfunctionarissen, beleidsmedewerkers, managers, projectleiders en ervaringsdeskundigen die binnen hun organisatie aan de slag willen met herstelondersteunende zorg. We beschrijven de betekenis van herstel en herstelondersteunende zorg, de fasen van het implementatieproces en de activiteiten die daarbinnen op verschillende niveaus kunnen plaatsvinden. Ook gaan we in op de randvoorwaarden, communicatie, inspirerende praktijkvoorbeelden en de verankering van de resultaten. De handreiking is gefinancierd door ZonMw binnen het project Zorg voor Beter II.

Bij gebruik van dit boek is het belangrijk te realiseren dat het gaat om een handreiking voor herstelondersteunende zorg, niet een handreiking voor herstel. Herstelprocessen zijn persoonlijke processen van cliënten die zich niet laten forceren. Hulpverleners past in dat opzicht slechts bescheidenheid. Pas als er binnen de organisatie aandacht is voor het persoonlijke herstel van cliënten, kan herstelondersteunende zorg zinvol zijn. Dat vraagt de durf om cliënten echt het roer in handen te geven bij beslissingen over welke zorg zij willen en wat hen helpt. Bovendien vindt het proces van herstel grotendeels buiten de ggz plaats. Dat vereist dat de ggz zich ook buiten de eigen muren begeeft om verbindingen te leggen, kwartier te maken en cliënten te ondersteunen bij het hervinden van zichzelf als iemand die er ook in de samenleving toe doet. In deze handreiking gaan we met name in op het traject dat zich binnen de ggz afspeelt. Dit laat echter onverlet dat activiteiten buiten de ggz, zoals kwartiermaken en het organiseren van maatschappelijke steunsystemen, van groot belang zijn. We verwijzen daarvoor naar andere bronnen, bijvoorbeeld de *Handreiking maatschappelijke steunsystemen* (Verschelling & Van de Lindt, 2010) en het boek *Buitengewoon: kwartiermaken en ervaringsdeskundigheid in maatschappelijke steunsystemen* (Van Bergen & Sok, 2008).

Praktijkschets GGz Breburg

Elk implementatietraject gaat met vallen en opstaan. Om een indruk te krijgen van hoe een implementatietraject herstelondersteunende zorg er in de praktijk uit kan zien en wat succesfactoren en valkuilen zijn, lichten we een instelling uit: GGz Breburg.

Het begin

In 2006 ontstonden bij Carea (langdurige zorg), onderdeel van het huidige GGz Breburg, plannen om herstelondersteunende zorg te implementeren. De eerste ideeën hiervoor werden aangedragen door stafleden die zich verdiepten in nieuwe ontwikkelingen. Er was contact met GGz Eindhoven en de Kempen (GGzE) over de herstelvisie. Zo hoorden ze van HEE! die cursussen had ontwikkeld rond herstel, en dat sprak aan. “Iets wat we misten, was de stem van de cliënt zelf. Met de herstelvisie kwam de focus weer bij diens proces te liggen, na een periode van verzakelijking. Daar was behoefte aan bij medewerkers”, aldus Kees van Aart, directeur bedrijfsvoering.

De directie heeft toen contact opgenomen met Jos Dröes (Stichting Rehabilitatie '92), Jean Pierre Wilken (destijds Storm Rehabilitatie) en Wilma Boevink (HEE!). Er volgden verschillende besprekingen om met elkaar van gedachten te wisselen over hoe GGz Breburg bekend te maken met de herstelvisie en cliënten daarbij van begin af aan een centrale rol te geven. In het begin was men zoekend op welke manier herstel en de inbreng van cliënten en ervaringsdeskundigen een plek moesten krijgen. Er werd een symposium georganiseerd en een platform opgericht bestaande uit medewerkers en een paar ervaringsdeskundigen. Geleidelijk ontstond het besef dat een paradigmawisseling nodig was. Er moest een verandering plaatsvinden naar een cultuur waarin cliënten op alle niveaus worden beschouwd als partners die met professionals en managers gezamenlijk werken aan hun eigen herstel en aan de verbetering (in de zin van meer herstelondersteunend maken) van zorgprocessen en beleid. Dit was een ingrijpendere verandering dan men zich in eerste instantie realiseerde, die wrong met de werk- en denkwijze die men gewend was.

Vier pijlers

Een meerjarenproject werd opgezet om de cultuurverandering te realiseren. Op vier pijlers werd beleid uitgezet, dat in onderlinge samenhang werd uitgevoerd:

1. Cliëntinitiatieven
2. Scholing herstelondersteunende zorg voor medewerkers
3. Organisatie
4. Onderzoek

Met name de eerste drie pijlers zijn cruciaal; alleen door op de verschillende niveaus in de organisatie in te steken, kan verandering teweeg worden gebracht. Cliënten moeten ruimte krijgen voor eigen initiatieven en daarvoor is het nodig dat zij door medewerkers en op organisatieniveau gefaciliteerd en ondersteund worden.

Ad 1 – Cliëntinitiatieven. Er werd voor cliënten een gevarieerd aanbod opgezet van herstelactiviteiten: studiedagen herstel, herstelwerkgroepen en cursussen *Herstellen doe je zelf*. Cliënten en medewerkers werden hierover geïnformeerd door ervaringsdeskundigen tijdens een *kickoff*-bijeenkomst. Tevens maakten ervaringsdeskundigen een ronde langs alle afdelingen om cliënten voor te lichten over de herstelvisie en HEE-activiteiten. Via de voorlichtingsronde zijn destijds ongeveer zeventig cliënten bereikt en meer dan veertig cliënten hebben in die periode deelgenomen aan HEE-activiteiten of zijn actief geweest als ambassadeur (zie ad 3).

Ad 2 – Scholing. Voor medewerkers werd een nieuwe cursus ontwikkeld: de Basiscursus herstelondersteunende zorg. De medewerkers zijn eerst geïnformeerd door ervaringsdeskundigen over de centrale herstelbegrippen (herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid). Verschillende betrokken partijen zijn verzameld om het opleidingsaanbod te ontwikkelen. De scholing is uitgetoetst en vervolgens gegeven aan alle medewerkers, ook management en behandelaars. Mensen waren enthousiast. Er ontstonden ook parallelle processen; een GZ-psycholoog liet haar werk bijvoorbeeld toetsen door een ervaringsdeskundige die een dag met haar meeliep. Zulke voorbeelden vereisen natuurlijk bepaalde vaardigheden van de ervaringsdeskundige en ook van de desbetreffende medewerker.

Het werkte goed om de basiscursus te geven aan een groep met gemengde disciplines. Vervolgens werd een vervolgcursus samengesteld. Deze is ook aan alle medewerkers gegeven, behalve aan ondersteunende diensten (bv. secretaresses). Nieuwe medewerkers ontvingen naderhand alsnog de basiscursus.

Ad 3 – Organisatie. Het is belangrijk om de gehele organisatie te betrekken bij een implementatieproces voor herstelondersteunende zorg. In eerste instantie werd bij GGz Breburg een Platform Herstel opgericht om open discussies te voeren tussen medewerkers en cliënten. Na enige tijd is dit platform opgeheven, omdat het te veel werd gedomineerd door hulpverleners en koplopers. Cliënten kwamen minder aan bod. In plaats daarvan is een ambassadeursgroep gestart, welke nog steeds actief is. Alle cliënten en medewerkers die er zelf iets mee willen, kunnen daarbij aansluiten. Als ambassadeur hebben zij de taak om op de verschillende locaties de herstelprincipes te verspreiden en levend te houden. Eens per zes tot acht weken vindt een ambassadeuroverleg plaats en dat loopt goed. Er zijn gemiddeld 15-20 cliënten en 15-20 medewerkers aanwezig. De directie is er zelf ook bij, zodat ze direct kan reageren op verzoeken om iets te faciliteren. In het overleg bespreekt men zoveel mogelijk zonder agenda zaken rond herstel en herstelondersteunende zorg. Cliënten en medewerkers brengen in wat zij bij medecliënten of in hun team horen of waar zij tegenaan lopen. Zo is bijvoorbeeld besproken hoe moeilijk bereikbare klinische cliënten het best benaderd kunnen worden.

Ad 4 – Onderzoek. Het implementatietraject is begeleid door een wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van de brede scholing van medewerkers.

Aansturing

Er werd een stuurgroep opgericht, waarvoor externe experts werden uitgenodigd: medewerkers van HEE!, Storm Rehabilitatie en Stichting Rehabilitatie '92. Ook zat een aantal ervaringsdeskundigen van GGz Breburg in de stuurgroep. Het project werd aangestuurd door de stuurgroep en onderdelen werden uitgevoerd door werkgroepen. In alle groepen waren cliënten en ervaringsdeskundigen ruim vertegenwoordigd.

De vier werkgroepen hadden elk hun eigen opdracht:

1. Een HEE-trajectgroep (de zogenaamde kartrekkersgroep) organiseerde de voorlichting voor cliënten in de beginfase en zorgde voor de samenstelling en de begeleiding van twee herstelwerkgroepen voor cliënten. De kartrekkersgroep bestond uit cliënten van GGz Breburg en de medewerkers van HEE! uit de stuurgroep.
2. Een werkgroep herstelondersteunende zorg ontwikkelde de scholing voor medewerkers. In deze werkgroep zaten een professional en twee cliënten van GGz Breburg en vertegenwoordigers van respectievelijk HEE!, Rehabilitatie '92 en Storm Rehabilitatie.
3. Ten derde was er de eerder genoemde ambassadeursgroep: een groep van cliënten en medewerkers van GGz Breburg die op verschillende locaties de herstelprincipes verspreiden en levend hielden.
4. De onderzoeksgroep, bestaande uit medewerkers en onderzoekers van GGz Breburg, het Trimbos-instituut en Tranzo / Universiteit van Tilburg, was verantwoordelijk voor het onderzoek naar de effecten van de scholing voor medewerkers.

Opbrengsten na een jaar

Een jaar na de start van het project werd geëvalueerd wat tot dan toe was bereikt (Boevink e.a., 2009). De belangrijkste conclusie was dat herstel op de kaart stond, zowel bij personeelsleden als bij cliënten. De ervaringsdeskundigen in de werkgroepen en in de ambassadeursgroep hadden een steeds belangrijkere inbreng. Het ontwikkelde scholingsaanbod (Basiscursus herstelondersteunende zorg) werd door de cursisten goed tot zeer goed gewaardeerd. Een nieuwe ontdekking was dat veel personeelsleden in de ggz in hun leven zelf herstelprocessen hebben meegemaakt; soms herstel van ingrijpende trauma's, verlies of ziekte, soms van minder ingrijpende maar daarom niet minder betekenisvolle gebeurtenissen. In het project merkte men dat er in de ggz veel verborgen cliëntervaring aanwezig is.

Steun en betrokkenheid van het management bleek onmisbaar te zijn. Ook had de projectgroep ervaren dat met vereende krachten een begin van echte verandering bewerkstelligd kan worden. Medewerkers en cliënten/ervaringsdeskundigen deelden hun herstelervaringen, wat ervaren werd als een mogelijk begin van het geleidelijk opheffen van de 'wij-zijkloof'.

Financiële problemen

In 2009 was er geen geld meer beschikbaar voor het implementatietraject en werd noodgedwongen de samenwerking met HEE! en Rehabilitatie '92 op een lager pitje gezet. Het gevolg was dat de aansturing en de zichtbaarheid van het veranderings-

proces afnamen en mensen het enthousiasme en geloof in de voortgang enigszins verloren. Een aantal medewerkers en cliënten hield bepaalde initiatieven in stand, zoals het ambassadeursoverleg, kwartiermakersactiviteiten, intervisie voor ervaringsdeskundigen en de herstelwerkgroepen.

Situatie begin 2011

Twee jaar later zijn herstel en herstelondersteunende zorg nog steeds bekende begrippen, maar zijn de herstelactiviteiten en cliëntinitiatieven voor een groot deel uit elkaar gevallen. Er draaien nog een paar herstelwerkgroepen en het ambassadeursoverleg is behouden. De dingen gebeuren echter versnipperd, minder vanuit een omvattend plan. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen verloopt niet planmatig. De borging van het implementatietraject lijkt zwak; de voortgang is te veel afhankelijk van enkele personen. Bovendien is er geen stuurgroep meer.

Halverwege het jaar ontstaat een positieve wending en is er ook financieel gezien meer ruimte voor de directie om herstelondersteunende zorg als missie uit te dragen. Voor scholing en herstelactiviteiten is weer geld beschikbaar. Medewerkers van de regio Breda willen vervolgscholing. GGz Breburg streeft naar een brede implementatie, dus ook voor de regio Tilburg. Het lopende ambulantiseringstraject wat tevens veel aandacht vraagt, is in verband gebracht met herstelondersteunende zorg.

Met het oog op een gecoördineerd beleid, een goede borging en verbreding naar heel GGz Breburg, is in 2011 het Centrum voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid (CHE) opgericht. Er zijn twee ervaringsdeskundige coördinatoren aangesteld. Ook worden stageplekken gecreëerd en vinden wervingsprocedures plaats om nog twee ervaringsdeskundigen aan te stellen. Gaandeweg zal het CHE een belangrijke plaats innemen binnen GGz Breburg (zie onder toekomstplannen).

Voorwaarden voor succes

De directie van GGz Breburg heeft de volgende zaken aangemerkt als belangrijk voor een succesvol implementatietraject:

- Een scherpe visie. Een herstelvisie binnen de top is noodzakelijk. Deze moet dan niet top-down worden ingevoerd, maar mensen moeten de gelegenheid krijgen er kennis mee te maken en er zelf aan bij te dragen.
- Het hebben van voldoende goed opgeleide ervaringsdeskundigen is essentieel. Het is belangrijk om als instelling te investeren in het opleiden van ervaringsdeskundigen, inclusief certificering daarvan. Bij GGz Breburg was daar niet tijdig mee begonnen en dat was een van de redenen voor inzakking van het implementatieproces.
- Breed aanpakken en scholen. Het is belangrijk te beginnen met cliënten door herstelwerkgroepen en een laagdrempelig cursusaanbod voor cliënten op te zetten en hen daarvoor te enthousiasmeren. Daarnaast gaat het om scholing van medewerkers in herstelondersteunende zorg, het inschakelen van externe deskundigen, op zoveel mogelijk punten aangrijpen, de samenwerking stimuleren en koesteren tussen cliënten en hulpverleners.
- Financieel werkt het goed om het herstelprogramma onderdeel te maken van het

standaard aanbod. Het wordt daardoor ook normaal, erkend en beschikbaar en het kan regulier bekostigd worden.

- Initiatieven nemen die aansluiten bij wat mensen willen en het bekend maken.
- Meer samenwerken met familie en cliënten.
- Bereid zijn alle regels ter discussie te stellen.
- Geef cliënten zeggenschap!

Bepaalde zaken zou de directie nu anders doen dan in de periode 2006-2009:

- Meer ervaringsdeskundigen inzetten, dit zorgvuldig opbouwen en ook veel stagiaires in dienst nemen. Het is belangrijk om beleid voor ervaringsdeskundigheid te ontwikkelen en te zoeken naar erkenning daarvoor in de financiering. Ook moet kritisch bekeken worden of iemand geschikt is voor de functie van ervaringsdeskundige. Het werk is veeleisend. Bovendien moet er een duidelijke visie bestaan over de inzet van ervaringsdeskundigen, over hun toegevoegde waarde voor de organisatie.
- Veranderingen doorvoeren in structuur en processen. Ontwikkel een aanbod wat past bij herstel en doe dat consequent. Zorg bijvoorbeeld voor vaste overlegvormen waaraan cliënten deelnemen.
- Breed insteken op instellingsniveau, ook op de algemene diensten.
- Familie en naastbetrokkenen meer betrekken (herstelproces van het systeem).
- Meer aandacht besteden aan verbetering van het sociaal netwerk, bijvoorbeeld door middel van individuele steunsystemen en een methodische aanpak zoals IPS (Individuele Plaatsing en Support).
- Vooraf moet duidelijk zijn wat geïmplementeerd gaat worden. Wat is precies herstelondersteunende zorg en ervaringsdeskundigheid? Operationalisatie van deze begrippen is nodig.

Toekomstplannen

GGZ Breburg is momenteel bezig met de verdere inrichting van het Centrum Herstel en Ervaringsdeskundigheid (CHE). Annette Plooy, ervaringsdeskundige en coördinator Herstel vertelt dat GGZ Breburg in de eerste periode minder planmatig is begonnen met de inzet van ervaringsdeskundigheid. Er was nog weinig visie en geen goede ondersteuningsstructuur als het gaat om het werken met ervaringsdeskundigen. Nu komt er supervisie en intervisie voor ervaringsdeskundigen en wordt de visie op herstel en ervaringsdeskundigheid nader uitgewerkt. Eind 2011 werd een interne conferentie (*kickoff*) georganiseerd voor alle medewerkers en cliënten van de zorggroep Psychose en Autisme. Het CHE en het visiedocument werden gelanceerd. Tijdens deze conferentie werd tevens het startsein gegeven voor een implementatietraject herstel in de regio Tilburg. Het CHE zal in dit traject een centrale rol vervullen.

Het is de bedoeling dat het CHE een eigen locatie krijgt in Tilburg en in Breda. Het moet een 'vrijplaats' worden voor mensen om te ontdekken of het werken als ervaringsdeskundige iets voor hen is en ze kunnen een scholingstraject volgen. Ook komt er een aanbod van herstelwerkgroepen, *Herstellen doe je zelf* en andere cursussen, allemaal gecoördineerd door het CHE. Daarnaast wil het CHE zich richten op training van medewerkers, beleidsadvisering over herstelondersteunende zorg, ontwikkeling en

onderzoek op het gebied van herstel en ervaringsdeskundigheid, en externe voorlichting. Ervaringsdeskundigen moeten ook buiten GGz Breburg ingezet kunnen worden. Het CHE wil een regionaal kenniscentrum worden en aanbodgericht werken in plaats van vraaggericht. Hiermee wordt bedoeld dat het CHE diensten van ervaringsdeskundigen gaat aanbieden vanuit een uitgesproken visie op herstel en herstelondersteuning. De inhoud van elke inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit het CHE wordt door die visie bepaald. “De kunst is nu om het traject nieuw leven in te blazen en te verbreden op basis van een sterke inbreng van ervaringskennis”, aldus Annette Plooy.

Deze praktijk schets laat zien hoe belangrijk de verschillende fasen van begin, vervolg en verankering zijn bij het implementatietraject. Zonder een goede borging zijn de resultaten snel uitgedoofd. De implementatie van herstelondersteunende zorg is kwetsbaar. Voldoende langlopende financiering is een noodzakelijke voorwaarde voor succes, evenals de inzet van ervaringsdeskundigen. In deze handreiking zullen al deze thema's de revue passeren.

Deel I Herstel en herstel- ondersteunende zorg



Inleiding

Het begrip *herstelondersteunende zorg* vindt zijn wortels in het gedachtegoed van de herstelbeweging, een beweging die is ontwikkeld in de Verenigde Staten en inmiddels een wereldwijde uitstraling heeft. Herstel is de vertaling van *recovery* en is in Nederland als kernbegrip opgepakt door de cliëntenbeweging, veelal in samenwerking met of ondersteund door de rehabilitatiebeweging.

Juist omdat cliënten zelf ervaren dat zij door de herstelvisie meer kansen hebben om aan hun eigen toekomst te werken, is deze visie zo belangrijk en inmiddels wijd verspreid. Het gaat om een nieuwe, fundamenteel andere benadering van de zorg. De huidige zorg is in belangrijke mate gebaseerd op de gedachte dat ziekte en gebrek moeten worden teruggedrongen. Ze houdt zich dan ook vooral bezig met het zo goed mogelijk opheffen van beperkingen. Herstelondersteunende zorg is daarentegen gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel van de betrokkenen. In dat kader is het terugdringen van ziekte en gebrek één belangrijke factor, maar er is meer. Het gaat ook om het opbouwen of hervinden van de eigen identiteit en het heroveren van regie over het eigen bestaan. De herstelvisie maakt ruimte voor het psychologisch en maatschappelijk herstel dat in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen dikwijls is verwaarloosd. Het is een positieve visie die gericht is op het zelf leren omgaan met de aandoening en het ontwikkelen van nieuwe zingeving. Ze staat haaks op de uitzichtloze psychiatrische instelling van weleer. De herstelvisie past bovendien bij veel moderne ontwikkelingen die eerder uitgaan van het optimaliseren van de maatschappelijke participatie dan van het bestrijden van ziekte.

1 Wat is herstel?

Het begrip *herstel* roept verwarring op. Het wordt vaak vertaald naar genezing, een betekenis die ook het meest is ingeburgerd in het spraakgebruik. De verwarring wordt gevoed door het hardnekkige beeld dat mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen nauwelijks genezen. Onderzoek toont echter aan dat er reden is voor hoop: uit longitudinale studies blijkt bijvoorbeeld dat het overgrote deel van de mensen met een eerste psychose zodanig herstelt dat zij hiervan geen hinder meer ondervindt in het verdere leven. Maar dit 'beter worden' is niet wat in dit kader bedoeld wordt met herstel.

Herstel gaat over het (leren) leven met een ontwrichtende aandoening, beperking, of kwetsbaarheid waarbij de mogelijkheden en kracht van de mens centraal staan. Dit in tegenstelling tot de onmogelijkheden van de beperking, aandoening of kwetsbaarheid. Herstel is dan ook een individueel en persoonlijk proces waarbij het (weer) gaan functioneren in sociale rollen een belangrijk streven is. Belangrijk hierbij is om herstel steeds te blijven zien als een proces dat niet altijd een uitkomst aanduidt: herstellen is ook zeer goed mogelijk wanneer de aandoening niet geheel verdwijnt. Het impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden, problemen en beperkingen en een geleidelijke inwisseling van patiëntidentiteit 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."*

Het herstelconcept werkt op meerdere niveaus. 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 kenbaar te leren maken welke hulp en steun daarbij nodig is.

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 bewust worden dat dit gebeurt en ook wat er dan 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 en discriminatie in de samenleving.

Fasen in herstel

Ieder herstelproces is een persoonlijk en individueel proces. Toch blijkt uit onderzoek dat er een fasering in op te merken is (o.a. Ralph, Kidder & Phillips, 2000). Het gaat hierbij allerm minst om een lineair proces. Soms wordt de stap genomen naar een voorgaande fase, een andere keer naar een volgende fase en soms zijn de fasen nauwelijks te onderscheiden. Desondanks kan de indeling helpen om te gaan begrijpen wat er gebeurt en om eventueel de ondersteuning beter af te kunnen 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 hier hun eigen weg in te vinden. Er worden meerdere indelingen in fasen gebruikt, alle bedoeld om meer grip te krijgen op het proces.

De fasen zoals beschreven door Gagne (2004) worden veel gebruikt:

1. overweldigd worden door de aandoening
2. worstelen met de aandoening
3. leven met de aandoening
4. leven voorbij de aandoening

De eerste fase

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

De tweede fase

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

De derde fase

In deze fase begint het besef te groeien dat er met de aandoening kan worden omgegaan. Hierdoor wordt de angst minder 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.

De vierde fase

De aandoening raakt meer en meer op de achtergrond. Er is nu ruimte om de verbondenheid met anderen te voelen, capaciteiten te onderzoeken en mogelijkheden en talenten op diverse terreinen te ontdekken en in te zetten. Het is mogelijk nieuwe doelen in het leven te stellen waarin rekening gehouden wordt met de aandoening, maar waarbij deze niet meer op de voorgrond staat.

Ook anderen hebben faseringen in het herstelproces aangebracht die sterk lijken op die van Gagne. Een andere veelgebruikte fasering is die van Young en Ensing (1999) die spreken van (1) loskomen uit de ziekte, (2) terugvinden wat verloren werd en verder en (3) verbetering van de kwaliteit van leven. Ook hier gaat het niet om een lineair proces; regelmatig wordt een stap teruggedaan of juist overgeslagen en niet bij alle cliënten zullen deze fasen zo helder te onderscheiden zijn.

Empowerment

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

Herstel vereist empowerment maar leidt ook tot empowerment. Het verwijst naar het vermogen van mensen om zich aan een schijnbaar hopeloze situatie te onttrekken en een nieuwe wending aan het eigen leven te geven. Mensen gaan in toenemende mate zelf bepalen hoe zij met de uitdagingen van hun leven omgaan en welke ondersteuning zij daarbij willen hebben.

Empowerment betekent meer dan 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 hier een eigen weg in te vinden. Hulpverleners en ervaringsdeskundigen kunnen deze ruimte scheppen en mensen aanmoedigen hun eigen ambities en wensen te onderzoeken en keuzes te (leren) maken. Hun rol hierin is faciliteren, voorwaarden scheppen en daardoor hoop en vertrouwen schenken.

Ervaringskennis

Daarnaast is herstel onlosmakelijk verbonden met de ontwikkeling van ervaringskennis, met kennis over hoe je jezelf het beste kan helpen en wat voor steun je daarbij van anderen nodig hebt.

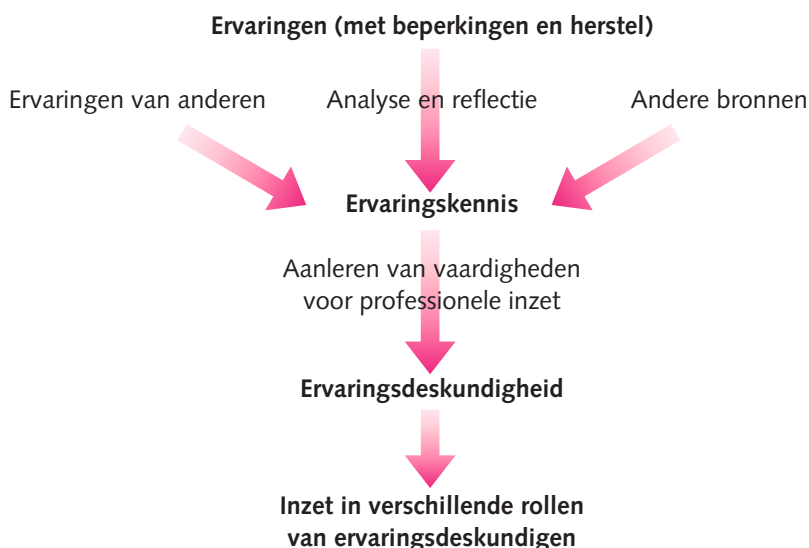
Om vertrouwen te krijgen in de eigen kracht en deze kracht verder uit te bouwen, is ervaringskennis nodig: kennis over wat helpt en wat belemmert bij herstel. Herstel en empowerment steunen op ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid.

Ieder mens met een psychische aandoening heeft een eigen verhaal. Dit verhaal bevat de betekenis die iemand zelf aan problemen geeft en de strategieën die door de tijd heen zijn ontwikkeld om met die problemen om te gaan: persoonlijke ervaringskennis. Door uitwisseling en het delen van ervaringsverhalen wordt collectieve ervaringskennis

ontwikkeld: kennis over hoe het is om te leven met een psychische kwetsbaarheid en de gevolgen daarvan.

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

Figuur 1. Van ervaringen naar de inzet van ervaringsdeskundigen



Bron: Hilko Timmer, coördinator Bureau Herstel SBWU. In: Van Erp e.a. (2011).

Figuur 1 geeft de volgorde in de ontwikkeling tot ervaringsdeskundigheid weer:

- Aan de basis staan *ervaringen* van ontwrichting en herstel. Herstel is daarbij het hoogst individuele proces om te kunnen omgaan met de psychiatrische aandoening binnen het grotere geheel van het eigen leven.
- Om dat herstel en het proces vorm te geven, benutten mensen hun eigen *ervaringskennis* die ze op grond van ervaringen hebben en die ze gedurende hun herstelproces verder verdiepen en ontwikkelen. Dit is geen geïsoleerd proces maar ontstaat in relatie met belangrijke anderen door uitwisseling van ieders ervaringskennis. Ook kennis uit andere bronnen dan de directe persoonlijke ervaringen wordt in dit proces onderzocht op de betekenis ervan voor het eigen leven. De crux hierbij is dat de persoon zelf beoordeelt of het in het licht van zijn/haar eigen ervaringen kan bijdragen aan herstel. Juist voor mensen voor wie minstens tijdelijk hun ervaringen geduid zijn binnen het beperkte kader van de meer algemeen geldende diagnoses, is er heel veel aan gelegen weer een eigen duiding te vinden en zo het *persoonlijke en unieke proces* vorm te kunnen gaan geven. Zonder dat proces is de kans groot dat

er alleen maar meer zorg nodig is omdat iemand steeds minder 'van zichzelf' weet. Hierin ligt de koppeling naar ervaringsdeskundigheid. Juist de eigen ervaringen met het moeizame herstellen, staan aan de basis van de ontwikkeling naar ervaringsdeskundigheid.

- De volgende stap in het schema is die naar ervaringsdeskundigheid. Dit begrip wordt binnen de context van de ggz nogal eens gebruikt om aan te geven dat iemand cliëntervaring in de ggz heeft. Echter, de ervaring van ontwrichting is wel een ondergrond, maar is niet voldoende. Het hebben van cliëntervaringen betekent niet dat je gelijk deskundig bent over hoe anderen herstellen. Ervaringsdeskundigheid komt tot stand door scholing over en ontwikkeling van ervaringskennis zoals hierboven benoemd. Doel van de ontwikkeling van *ervaringsdeskundigheid* is om te leren hoe ervaringskennis van mensen ruimte te geven en daarmee de weg vrij te maken naar vaak verborgen eigen krachten en inzichten. Het is een deskundigheid op proces en nadrukkelijk niet op inhoud. Op inhoud van het geheel van ervaringen is niemand anders dan de persoon zelf de deskundige over zichzelf. Dat is de kern van zelfhulp.

2 Wat is herstelondersteunende zorg?

Herstelprocessen verschillen van persoon tot persoon. Het gaat om unieke en persoonlijke processen. Een eenduidig antwoord op de vraag 'Wat is herstelondersteunende zorg?' is dan ook moeilijk te geven. Ook dat verschilt van persoon tot persoon.

Herstelondersteunende zorg is alle zorg die gericht is op het bevorderen van het herstelproces. Ondersteunen bij herstel betekent in elk geval op een andere manier kijken naar mensen met een langdurige psychische kwetsbaarheid dan gebruikelijk was in de psychiatrie. Begeleiding en zorg zouden tot doel moeten hebben om mensen te helpen zoveel mogelijk zichzelf te helpen. De directe en indirecte omgeving van de cliënt, alle diensten binnen en buiten de organisatie, diagnostiek, behandeling, trajectbegeleiding etc., zouden ten dienste moeten staan van het persoonlijke herstelproces van de cliënt. Davidson e.a. (2009) geven 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."

Herstelondersteunende zorg heeft onder meer te maken met de kwaliteit en de beschikbaarheid van het basale zorgaanbod, de invloed die de cliënt heeft op de eigen woonomgeving en het leefmilieu (bijvoorbeeld huisregels), goed hulpverlenerschap, persoonlijke aandacht, cliëntgerichtheid, sociale participatie en inzet van ervaringsdeskundigheid; dit alles vanuit een visie op herstel.

Wat betreft goed hulpverlenerschap ligt het accent veelal op de attitude van de hulpverlener en het contact tussen cliënt en hulpverlener. Dröes en Plooy (2010) noemen de volgende kenmerken van herstelondersteunende zorg (gebaseerd op Boevink e.a., 2009):

De hulpverlener:

- heeft een attitude 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/autonomie.

Deze kenmerken moeten begrepen worden als samenhangende kenmerken. De kenmerken van herstelondersteunende zorg zijn immers gebaseerd op het herstelproces van de cliënt en moeten daaraan ruimte bieden. De kenmerken zijn daarom niet

los van elkaar te zien. Het geleidelijk aan duidelijk krijgen van het eigen verhaal werkt bijvoorbeeld ook empowerend en de cliënt ontwikkelt daarmee tegelijkertijd ervaringskennis.

De cliënt en het eigen herstelproces zijn te allen tijde leidend. Dit maakt echter een proactieve houding bij professionals niet onmogelijk. Integendeel, hun rol hierbij is uitermate belangrijk. Door goed aan te sluiten bij de cliënt kunnen herstelprocessen niet alleen worden ondersteund, maar ook worden aangewakkerd. Dit kunnen hulpverleners doen door dicht bij cliënten te blijven, vertrouwen te geven en vooral door ruimte te scheppen. Hierbij zijn een luisterend oor en een helpende hand nodig, maar ook het onderkennen van noodsituaties waarin steunend kan worden opgetreden. In ieder geval is het van groot belang om voortdurend respect te tonen voor het herstelproces van cliënten: zij moeten zelf het voortouw nemen en houden of in staat worden gesteld om het voortouw weer in handen te krijgen.

Binnen de ggz gaat herstelondersteuning om het vinden van het juiste evenwicht tussen behandeling en ondersteuning bij het herstel van identiteit (als persoon), gezondheid, dagelijks functioneren en maatschappelijk functioneren. Het gaat dan om de vermindering van symptomen, het innemen van rollen van betekenis, een bevredigend sociaal netwerk, (betaald) werk hebben etc. Het is van de cliënt zelf afhankelijk welk herstel voorop staat en welke volgorde in het herstelproces voor hem of haar belangrijk is. In elk geval dienen zoveel mogelijk relevante mensen en organisaties betrokken te zijn: lotgenoten, familie en vrienden, maatschappelijke instellingen, algemene gezondheidszorg en specialistische geestelijke gezondheidszorg.

Figuur 2. Aspecten van herstel en herstelondersteuning

Aspecten van herstel	Hulpverlening	Resultaten
Herstel als persoon	Herstelwerkgroepen Psychotherapie Gesprekken	Zingeving, zelfgevoel, grenzen (persoonlijke identiteit)
Herstel van gezondheid	Bemoeizorg Behandeling Leren omgaan met symptomen	Minder symptomen Soms genezing
Herstel van dagelijks functioneren	Rehabilitatie in de leefomgeving	Dagelijkse routines
Herstel van rollen	Rehabilitatie in de maatschappij	Rolherstel (maatschappelijke identiteit)

Bron: Jos Dröes. Naar Dröes, Van Wel en Korevaar (2011).

Herstelbevorderende en -belemmerende factoren

Herstelondersteuning kan pas dan plaatsvinden als er aandacht is voor herstelprocessen van cliënten zelf. Voorwaarde is dat deze processen, hoe pril dan ook, herkend worden door cliënten, naastbetrokkenen en medewerkers. Om dit goed te kunnen zien is het van belang dat er een visie is op herstel en dat voor betrokkenen duidelijk is wat het herstel kan bevorderen maar ook wat het kan belemmeren.

Herstelbevorderende factoren

Herstelondersteunende zorg vraagt een bewuste houding van cliënt en medewerker. De cliënt moet de ruimte krijgen en de medewerker dient deze ruimte te scheppen en te respecteren.

Er is veel overeenstemming over welke factoren herstelbevorderend kunnen zijn. Er zijn echter grote verschillen van persoon tot persoon hoe dit beleefd wordt, het gaat hier immers over zeer individuele processen. In de loop van het proces zullen bepaalde factoren meer of minder op de voorgrond staan, meer of minder invloed hebben.

Factoren die veel genoemd worden (Boevink & Dröes, 2005):

- acute stabilisatie bij crisis en (toegang tot) goede behandeling en therapie;
- de vervulling van de meest basale behoeften;
- de aanwezigheid en ondersteuning van een betrokken en competent persoon die begrijpt wat de persoon in kwestie doormaakt;
- hoop;
- acceptatie;
- copingsvaardigheden;
- vaardigheden om met een dreigende terugval om te gaan;
- zelfzorgvaardigheden;
- sociale vaardigheden;
- belangenbehartiging;
- de moed om risico's te nemen;
- begeleiding bij werk en opleiding;
- bevredigend werk en bevredigende relaties;
- diversiteit in gewaardeerde rollen;
- financiële zekerheid;
- intimiteit;
- spiritualiteit.

Herstelbelemmerende factoren

Ook voor de belemmerende factoren geldt dat er per persoon verschillen zullen zijn en dat deze gedurende het proces zullen veranderen. Veel genoemde factoren zijn:

- het ontbreken van de meest basale levensvoorzieningen;
- inadequate en ineffectieve professionele hulp;
- middelenmisbruik;
- traumatische ervaringen;
- onwaardige behandeling door anderen;
- gebrek aan vertrouwen en gevoelens van hopeloosheid bij belangrijke anderen;
- het ontbreken van kansen op het innemen van gewaardeerde sociale rollen;
- gebrek aan informatie over bruikbare copingstrategieën ten aanzien van de psychische klachten;
- stigma;
- schaamte.

(Boevink & Dröes, 2005)

Uit het bovenstaande valt te concluderen dat herstelondersteuning niet zomaar een nieuwe methodiek is. Het gaat om een andere manier van kijken naar de cliënt en naar het proces wat deze doormaakt. Door de cliënt de leiding te laten in dit eigen proces dienen hulpverleners een andere rol in te nemen dan gebruikelijk is in de ggz. Hiervoor is het nodig dat zij beseffen dat het om een daadwerkelijke paradigmawisseling gaat en dat hier een heldere visie aan ten grondslag zal moeten liggen. Van hulpverleners wordt een actieve rol gevraagd in de visieontwikkeling. In het volgende hoofdstuk gaan we hier verder op in.

Ervaringsverhaal van Lenneke Elfers: wat belemmerde en wat hielp?

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

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. Bespreken van eigen ideeën over medicatie of therapieën deed ik niet. In die ellendige jaren was ik daar te depressief en te passief voor.

Toen ik tijdens een opname wat opknapte, mocht ik een middagje naar huis. De verpleging vond dat ik niet zelf auto moest rijden, 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 heen en weer naar huis. Dat ging prima totdat ik mijn auto parkeerde voor het ziekenhuis, 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.

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 onmenssen.

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.

Na mijn opname weer thuis, 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 afschuwelijke eenzame periode realiseerde ik me wel dat ik iets moest gaan doen, wilde ik niet weer opgenomen moeten 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 sobere uitstraling ervan. Doordat je gebruik moet maken van kleine, troosteloze, onpersoonlijke kamertjes 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 dergelijk koude omgeving is vaak nog beleid ook. Ze 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 gebied.

Van volgen naar samenwerken

Nu had ik een brochure liggen die uitleg gaf over een opleiding voor mensen met een psychiatrische achtergrond: de GOAL-opleiding.¹ 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 met ontslag ging. 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. Heb het 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 er bewust van dat het belangrijk is niet alleen op probleemjacht maar ook op talentenjacht te gaan bij patiënten.

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

Ik voelde veel onmacht over de manier waarop ik leefde. Kwaad was ik 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.

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 normaals kon: zelfs 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.

De docente van de opleiding was een invoelende vrouw met kennis van de psychiatrie. Ze behandelde ons als gelijke en was bijna altijd aanspreekbaar. Ik deed vaak een beroep op haar. De goede relatie met de docente is belangrijk voor me geweest. Ook toen ik tijdens een flinke dip halverwege de opleiding wilde stoppen. Naast de ondersteuning die ik van medestudenten en andere nauw betrokkenen ondervond, bleef de docente contact met me houden en liet ze me 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.

Het volgen van de GOAL-opleiding heeft me geholpen bij mijn herstel. Verder waren onder andere de volgende dingen bevorderend voor mijn herstel:

- Angst voor weer een opname. Het motiveerde mede in beweging te komen.
- Kwaadheid die ik zo wonderbaarlijk omzette in kracht.
- Het stoppen met medicatie waardoor ik me lichamelijk fitter ging voelen. Benadrukken wil ik dat het mij ondersteunde te stoppen met medicatie. Natuurlijk niet dat stoppen met medicatie ondersteunend is voor ieders herstel. Zeker niet!
- De onmisbare ondersteuning van mijn man en andere nauw betrokkenen 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 schrijven 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/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.

De afgelopen dertien jaar is het me gelukt me 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. Sinds januari 2009 is Lenneke werkzaam 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.

3 Visieontwikkeling

Herstel en herstelondersteunende zorg kunnen niet zonder een visie op de zorg en de samenleving. Een visie die doorwerkt en gedragen wordt in alle lagen van de organisatie.

Dit vergt grondig doordenken over wat de keuze voor herstel en herstelondersteuning in feite betekent. Natuurlijk is het mogelijk om door anderen geformuleerde visies hierbij ondersteunend en inspirerend te laten zijn. Het al te gemakkelijk overnemen van een papieren visie van een ander zal zich later echter wreken, wanneer deze vertaald moet worden naar de dagelijkse praktijk. Dit vraagt tijd en investeringen en is daarmee een struikelpunt voor menig organisatie.

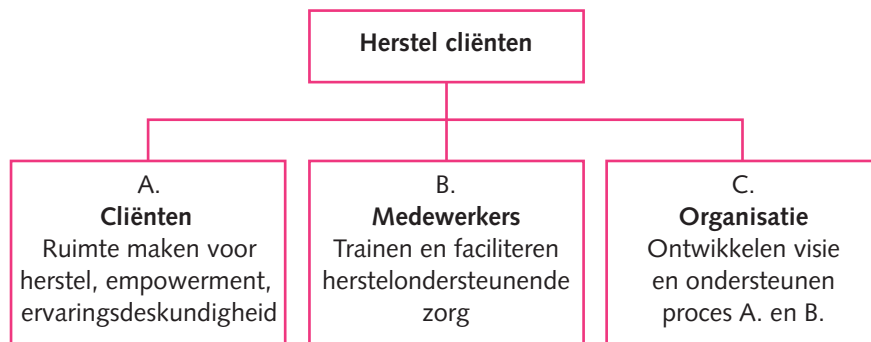
Clënten, begeleiders, behandelaars en managers dienen gezamenlijk een gemeenschappelijke herstelvisie te ontwikkelen, die niet ziektegericht is maar gericht op herstel. Het gaat hier immers om een zeer belangrijke verandering: van een paradigma dat gericht is op het terugdringen van stoornissen naar een paradigma dat gericht is op het bieden van ondersteuning bij herstel.

Voor cliënten betekent deze verandering dat zij de ruimte voor herstel en empowerment moeten gaan voelen, begrijpen en kunnen gaan nemen. Rolmodellen geboden door medecliënten en ervaringsdeskundigen zijn daarbij van belang. Maar ook is het belangrijk dat zij ruimte voor herstel ervaren in de dagelijkse zorg. Medewerkers hebben daar een cruciale rol in. Voor hen gaat het om de verandering van een zorgende en bepalende attitude naar een coachende en reflexieve attitude. Dit vraagt andere vaardigheden, een andere blik. Dat kan tot stand komen door met medewerkers en cliënten gezamenlijke discussies te voeren over herstel en herstelondersteunende zorg. Training en intervisie zijn eveneens noodzakelijk. Managers zullen zich bezig moeten houden met het (door)ontwikkelen van een herstelvisie en het ondersteunen van de processen bij cliënten en medewerkers.

In figuur 3 is te zien hoe op elk niveau inzet nodig is en hoe deze activiteiten gezamenlijk bijdragen aan een klimaat waarin herstelbevordering mogelijk is. Er is behoefte aan nauwe lijnen tussen de activiteiten die worden opgezet op elk van deze niveaus. Activiteiten voor en door cliënten (A) worden beschouwd als de motor voor herstel en herstelondersteuning en beïnvloeden de inzet die gepleegd wordt voor medewerkers en op organisatieniveau. Vlak A is in wezen de corebusiness van waaruit duurzame ontwikkelingen tot stand moeten komen. De activiteiten op organisatieniveau (C) zijn voorwaardenscheppend en ondersteunend voor medewerkers en cliënten. Activiteiten van B en C gezamenlijk zijn op hun beurt ook weer ruimtescheppend voor cliënten en hebben aldus een versterkende invloed op de *corebusiness*, de activiteiten die cliënten in gang zetten.

In de praktijk wordt vaak voorbij gegaan aan het belang van de inzet van cliënten. We benadrukken de noodzaak hiervan en raden aan om te zoeken naar activiteiten die cliënten aanspreken en aansluiten op de mogelijkheden van een diverse groep cliënten.

Figuur 3. Gezamenlijke inzet bij herstelondersteunende zorg



Bron: Martijn Kole, Bureau Herstel SBWU. In: Van Erp e.a. (2011).

De verbindende factor tussen deze drie terreinen is de onderliggende visie op herstel. Het ontwikkelen van deze visie gaat stapsgewijs en schoksgewijs. Cliënten en medewerkers moeten daarin meegenomen worden op verschillende manieren: in spelvormen, huiskamerbesprekingen, teambesprekingen, kickoff-bijeenkomsten, intervisie en supervisie door ervaringsdeskundigen. Het is zaak om veel in gesprek te gaan over de visie zodat deze gaat leven en concreet wordt. In onderlinge discussie wordt duidelijk waar de struikelblokken in de praktijk lijken te liggen en waar de herstelvisie mogelijk botst met de heersende ideeën over zorg in de ggz. Het is niet de bedoeling om deze discussie te omzeilen maar juist te benoemen en daarop te reflecteren. Met nadruk: betrek ook behandelaars bij deze discussie. Welke obstakels zien zij als het gaat om herstelondersteunende zorg? In dergelijke discussies kunnen misvattingen aan het licht komen en ontrafeld worden. Maar al te dikwijls wordt gedacht dat herstel slechts is voorbehouden aan een bepaalde groep cliënten (zie ook hfdst 9.5). De herstelbenadering is echter breed toepasbaar, ongeacht de context. Wel zal het noodzakelijk zijn om herstelactiviteiten aan te laten sluiten op individuele cliënten. Lang niet iedereen voelt zich aangesproken tot herstelgroepen en niet iedereen is in staat of voelt ervoor om deel te nemen aan een groepsaanbod gericht op herstel. De kunst is dan om op individueel niveau aansluiting te zoeken bij wat cliënten waarderen.

Visieontwikkeling is een voorwaarde voor de implementatie van herstelondersteunende zorg. De visie zal consequenties hebben voor het beleid van alle geledingen van de organisatie. Niet alleen hulpverleners zullen vanuit de nieuwe visie moeten gaan werken, maar bijvoorbeeld ook de facilitaire dienst. Verderop in deze handreiking staan we hier nader bij stil.

Voorbeeld visie

De SBWU (Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht) heeft een visie geformuleerd waarin herstel en herstelondersteunende vorm een duidelijke plaats hebben:

"De SBWU vindt het belangrijk dat mensen op hun eigen manier kunnen wonen, een dagbesteding vinden die bij hen past en relaties aangaan die voor hen belangrijk zijn. De SBWU biedt daarom keuzemogelijkheden in vormen van huisvesting en ondersteuning. Daarbij staat voorop dat wij aansluiten bij de wensen en behoeften van iedere individuele cliënt.

Het begrip 'herstel' speelt een belangrijke rol binnen onze begeleiding. Dat is niet hetzelfde als 'beter worden' of 'genezen'. Herstel betekent voor ons het leren omgaan met je psychische handicap, deze een plaats geven in je leven en zo een zinvol leven opbouwen.

Volgens onze visie werkt een cliënt zelf aan zijn herstel. Herstel is een individueel proces, waarbij de cliënt zijn leven opnieuw inhoud probeert te geven, uitgaande van zijn eigen mogelijkheden. Zo nodig kunnen anderen (vrienden, familie, hulpverleners, begeleiders) daarbij ondersteunen.

Deze visie is als volgt geformuleerd in onze missie:

De SBWU biedt begeleiding en huisvesting aan mensen met psychiatrische en/of verslavingsproblemen. Deze begeleiding is herstelondersteunend en draagt bij aan de kwaliteit van leven en de tevredenheid van de cliënt. Op deze wijze ondersteunen wij onze cliënten in het benutten van hun mogelijkheden om inhoud te geven aan hun leven.

De SBWU neemt dus nooit de touwtjes uit handen, maar zoekt samen met de cliënt naar oplossingen en mogelijkheden. De cliënt maakt uiteindelijk zijn eigen keuzes en kiest zijn eigen weg.

Om ervoor te zorgen dat het hersteldenken een vast onderdeel van de SBWU-begeleiding wordt en om begeleiders en cliënten hier praktische handvatten voor te bieden, heeft de SBWU het Bureau Herstel opgericht. Bijzonder is dat dit bureau wordt bemand door ervaringsdeskundigen die in dienst zijn van de SBWU. Ook is de Richtlijn voor goede zorg uitgebracht, waarin beschreven staat hoe herstelondersteuning in de dagelijkse praktijk kan worden vormgegeven."

Bron: www.sbwu.nl

4 Randvoorwaarden implementatietraject

Zoals bij ieder project is het ook bij het implementatietraject voor herstelondersteunende zorg belangrijk om goed voor ogen te hebben waarom dit traject ingezet wordt. Er is een duidelijke aanleiding nodig, iets wat mensen motiveert om zich hiervoor in te gaan zetten. Dat maakt het belangrijk om het doel van het traject helder en SMART te formuleren zodat ieder die op welke manier dan ook betrokken is, weet waar het om gaat en wat de verwachtingen zijn.

Voordat een organisatie aan de slag gaat met de implementatie van herstelondersteunende zorg, moet zij aan een aantal randvoorwaarden voldoen. Ten eerste dient de gevoelde noodzaak tot de opzet en start van het traject zowel bij cliënten als bij de organisatie te liggen. Herstel en herstelondersteuning vraagt bewustwording en inzet van beide kanten.

Zoals beschreven in hoofdstuk 3 is het belangrijk een gezamenlijke visie te ontwikkelen op herstel. Dit moet vooraf gaan aan het formuleren van doelen en het uitvoeren van allerlei activiteiten. Zonder een startvisie is niet duidelijk wat precies geïmplementeerd gaat worden en waarom. Het moet voor iedereen helder zijn wat onder herstel en herstelondersteunende zorg wordt verstaan. De visie zal zich gaandeweg verder ontwikkelen door met elkaar in gesprek te gaan, maar een zekere basis is nodig voordat met het traject wordt gestart. Het implementatietraject moet bovendien doelgericht worden ingezet, met intenties voor de lange termijn.

Een nauw daarmee verbonden randvoorwaarde is de *steun van de directie en het hoger management*. Als de directie niet volledig achter de implementatie van herstelondersteunende zorg staat, zal het traject moeilijk van de grond komen. In de praktijk blijkt dat er vaak enkele figuren zijn binnen de organisatie die herstelondersteuning een warm hart toedragen en kartrekkers worden. Er zijn ook managers die nog niet zijn overtuigd van het belang van de veranderingen. Dat hoeft geen belemmering te vormen om met het traject te starten, mits de directie achter de implementatie staat, betrokken is en daadkracht toont. Het gebeurt regelmatig dat managers hun mening in de loop van het traject bijstellen als zij scholing hebben gehad over herstelondersteunende zorg en succesvoorbeelden hebben gehoord.

Steun van het hoger management betekent ook dat *budget* vrijgesteld kan worden voor het implementatietraject. Om het tot een succes te kunnen maken, zijn flinke investeringen nodig. Hierbij valt te denken aan herstelactiviteiten voor cliënten, scholing voor medewerkers, het aanstellen/inhuren van ervaringsdeskundigen, het opleiden van cliënten tot ervaringsdeskundigen, een symposium organiseren etc. Zonder voldoende financiële middelen zal men minder kunnen bereiken.

Verder is het van belang dat een goede *samenwerkingsrelatie* bestaat tussen cliëntenraad, directie en management. Hoewel het ontbreken hiervan geen reden mag zijn om niet aan herstelondersteunende zorg te beginnen, kan het implementatietraject er ernstig door bemoeilijkt worden. De drie partijen hebben elkaar nodig gedurende het hele traject. Belangrijke besluiten moeten samen genomen worden en men dient het eens te worden over de visie. Indien dit niet het geval is, moet de directie hoe dan ook de verantwoordelijkheid dragen voor de voortgang van het implementatietraject.

Ten slotte is een implementatietraject herstelondersteunende zorg alleen succesvol als *cliënten ruimte krijgen* om activiteiten te ontwikkelen, ervaringen uit te wisselen en kunnen nadenken over beleid. Er is een 'vrijplaats' nodig, een broedplaats van ideeën, waar cliënten op hun eigen manier kunnen experimenteren met het delen van ervaringen en de inzet van ervaringsdeskundigheid, waar stageplaatsen en opleidingen voor cliënten worden georganiseerd etc. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een centrum of bureau dat onderdeel is van de organisatie, maar wel zelfstandig mag opereren. Voorbeelden hiervan zijn het Bureau Herstel van de SBWU en het Cliëntenbelangenbureau van GGzE.

Hindernissen

De implementatie van herstelondersteunende zorg kent in de praktijk allerlei hindernissen. Voor een deel zijn deze te vermijden door er tijdig rekening mee te houden en voldoende tijd te nemen voor discussie en scholing over deze onderwerpen. Hindernissen waar rekening mee gehouden dient te worden zijn onder meer:

- Onduidelijkheid over de verschillen tussen en de onderlinge samenhang van de begrippen herstel, herstelondersteunende zorg en herstelondersteuning in bredere zin (bijvoorbeeld door familieleden en andere betrokkenen of maatschappelijke instanties buiten de ggz). Als hier geen of te weinig aandacht voor is, blijft er verwarring over ontstaan. Voorlichting, scholing en inhuren van deskundigen is daarom belangrijk.
- Onvoldoende inzicht in het proceskarakter van herstel en het groeien van een herstelondersteunende praktijk. Discussie en visievorming is in dit opzicht erg belangrijk. Daarnaast vraagt het om trainingen op alle niveaus binnen de organisatie, waarbij niet alleen aandacht is voor de 'cognitieve begripsvorming' maar vooral ook voor de 'emotionele begripsvorming'. Met andere woorden, niet alleen het begrijpen van herstelprocessen maar ook het inleven daarin is van belang.
- Onbedoeld voorbijgaan aan het feit dat veranderingen op alle niveaus dienen plaats te vinden (zie figuur 3). Invoering van herstelondersteunende zorg vraagt dat er op alle niveaus in de organisatie gewerkt wordt volgens deze principes.
- Ongeduld: verwachten dat er na een paar maanden al cliënten uit de eigen organisatie zijn uitgegroeid tot ervaringsdeskundige katrekkers.
- Onduidelijkheid over de rol van ervaringsdeskundigen.
- Het implementatietraject te smal opzetten, waardoor er nauwelijks verandering ontstaat; of juist te breed, waardoor het traject niet herkenbaar kan worden opgezet voor medewerkers en cliënten.

Als aan de randvoorwaarden wordt voldaan en de organisatie goed is voorbereid op de hindernissen die zich kunnen voordoen, kan een start gemaakt worden met het implementatietraject. Het proces van implementatie kent verschillende fasen en speelt zich af op verschillende niveaus. In het volgende hoofdstuk gaan we daar verder op in.

5 Proces van implementatie

Om de organisatie om te vormen tot een daadwerkelijk herstelondersteunende organisatie is een combinatie nodig van geduld en daadkracht. Er moet al gauw drie jaar voor worden uitgetrokken om de eerste veranderingen te bewerkstelligen. Men kan er, net als GGZ Breburg, voor kiezen te starten op één locatie en dit later te verspreiden naar de hele organisatie, maar ook kan direct organisatiebreed worden ingestoken. In beide gevallen is het belangrijk een omvangrijk implementatietraject in te zetten, ondersteund door een projectorganisatie en al dan niet met behulp van deskundigen van buitenaf. Ook als een traject herstelondersteunende zorg van binnenuit wordt opgezet, is het nodig om een aantal mensen daarvoor geoormerkte uren te geven en een plan van aanpak te maken. Dit is doorgaans wat onderbelicht bij het invoeren van herstelondersteuning; daarom besteden we in deze handreiking uitgebreid aandacht aan een implementatiestructuur.

Binnen het implementatieproces kunnen verschillende fasen worden onderscheiden. Bovendien is het bij herstelondersteunende zorg cruciaal dat alle niveaus binnen de organisatie betrokken zijn bij de implementatie.

5.1 Fasen van het implementatieproces

In deze handreiking verdelen we het proces van implementatie van herstelondersteunende zorg in drie fasen: begin, vervolg (waarin het grootste deel van de uitvoering plaatsvindt) en verankering. Het is goed om daarbij in het achterhoofd te houden dat die fasen de werkelijkheid maar zeer gedeeltelijk kunnen weergeven. Het implementatieproces heeft in de praktijk dikwijls het karakter van een golfbeweging; de fasen verlopen op een circulaire manier en de fasen blijven naast elkaar bestaan. Er is bovendien een evenwicht tussen spontane ontwikkelingen en het geven van sturing. Ook moet er voortdurend worden gekeken naar wat mensen aankunnen. Elk van deze kenmerken lichten we kort toe:

- De golfbeweging. Fasen van veel energie, investeren en enthousiaste activiteiten gaan over in fasen van verslapping, ad hoc activiteiten, bezinning en heroriëntatie. Daarna komt er weer een periode van meer energie.
- Circulair verloop. Na een periode van weinig energie en bezinning moet men in bepaalde opzichten 'terug naar af', opnieuw beginnen. Maar ook de fase van verankering komt telkens terug. Een implementatietraject is in feite nooit af.
- Parallele fasen. Ook al is de instelling als geheel al gevorderd in het implementatieproces, nieuwe personeelsleden en cliënten staan nog aan het begin. De beginfase blijft dus actueel.
- Spontane ontwikkeling en sturing. Hoop en eigen initiatief van cliënten, ervarings-

deskundigen en andere voortrekkers, zijn de motor van het implementatieproces. De kunst is om het proces sturing te geven zonder spontane ontwikkelingen in de kiem te smoren.

- Wat mensen aankunnen. Implementatieprocessen kunnen gemakkelijk een eigen leven gaan leiden. Het behalen van de organisatorische doelstellingen wordt dan belangrijker dan het engagement van de mensen waar het om gaat. Juist bij de implementatie van herstelondersteuning is het belangrijk om aan te sluiten bij de mensen die het waar moeten maken.

5.2 Betrokkenheid van alle niveaus

Het proces van de implementatie van herstelondersteunende zorg speelt zich af op verschillende niveaus van de organisatie. Op basis van praktijkervaringen gaan we er vanuit dat in de eerste plaats activiteiten nodig zijn voor en door cliënten. Hiermee wordt een basis gelegd voor cliëntsturing. Daarnaast zijn activiteiten vereist op het niveau van de medewerkers en op management-/organisatieniveau. Door deze activiteiten tegelijkertijd in te zetten, worden herstelprocessen op verschillende manieren ondersteund. Door de combinatie van een bottom-up en een top-down benadering, versterken de activiteiten elkaar wederzijds. Hierdoor ontstaat samenhang en wordt de kans groter dat de veranderingen geborgd worden.

Activiteiten door en voor cliënten zijn in de eerste plaats de herstelactiviteiten zelf. Herstel houdt in dat een persoon geleidelijk aan een eigen verhaal opbouwt over wat er met hem of haar aan de hand is en over de plaats die dat heeft in zijn of haar leven. Ook betekent herstel dat de persoon geleidelijk meer zeggenschap neemt of krijgt over de eigen situatie, waar mogelijk zelf meer regie voert en ondersteuning van anderen leert te benutten. Mensen bouwen in de loop van hun herstel ook ervaringskennis op. Iemand kan ervoor kiezen om deze kennis verder te ontwikkelen en te gaan inzetten als ervaringsdeskundigheid.

Activiteiten voor en door medewerkers zijn er met name op gericht dat zij ruimte leren maken voor herstel en leren welke attitude door herstellenden als ondersteunend wordt ervaren. Herstelondersteuning moet in de basishouding van hulpverleners tot uiting komen. Hulpverleners moeten daartoe leren begrijpen wat herstel is en dat verbinden met hun eigen persoonlijke ervaringen. Ze moeten de ervaringen van cliënten in de eerste plaats gaan zien als menselijke ervaringen die dicht bij hun eigen ervaringen staan. Het inzicht is belangrijk dat hulpverleners en cliënten niet veel verschillen in wat ze ondersteunend en belemmerend vinden.

Activiteiten vanuit organisatieperspectief zijn erop gericht in de organisatie een visie te gaan hanteren die uitgaat van herstelondersteuning en te kiezen voor daarop aansluitende werkprincipes. Herstelondersteunende en -faciliterende elementen worden daardoor in de werkwijzen binnen de organisatie aangebracht. Dit betekent onder

meer dat de activiteiten door en voor cliënten en het gaan werken met herstelondersteunende methodieken door de organisatie worden gefaciliteerd en aangemoedigd. Een belangrijk aspect van dit faciliteren is dat er ruimte wordt gemaakt. Ruimte die mensen in staat stelt zelf te definiëren wat voor hen van belang is, om te ontdekken waar hun kwaliteiten liggen en op welke wijze ze die willen gebruiken.

Verder zal de organisatie actief aan de slag moeten om alle afdelingen bewust te maken van het nieuwe beleid. Dit blijft niet beperkt tot cliëntenactiviteiten, nieuwe methodieken en een andere attitude van hulpverleners, maar geldt voor de algehele benadering en leefomgeving van cliënten. Zo moeten ook de ondersteunende diensten nieuwe regels krijgen die het herstel van cliënten ondersteunen. De regie dient altijd zoveel mogelijk bij de cliënten gelegd te worden, ook als er bijvoorbeeld een lamp kapot is in de woning van cliënten en de facilitaire dienst moet worden ingeschakeld. In een herstelondersteunende organisatie kan de cliënt zelf contact opnemen met de facilitaire dienst (en wordt hij daar zo nodig bij begeleid), hebben de medewerkers van de facilitaire dienst een klantvriendelijke en respectvolle houding ten opzichte van de cliënten, zijn zij goed bereikbaar en wordt de cliënt snel geholpen.

Ook de afdeling Personeelszaken zal het beleid moeten aanpassen op grond van de herstelvisie. Denk aan de aanwezigheid van cliënten tijdens sollicitatiegesprekken en het opstellen van functiebeschrijvingen voor ervaringsdeskundigen.

Voordat de hele organisatie doordrongen is van een herstelondersteunend beleid, is een breed implementatietraject nodig. In deel II, III en IV beschrijven we respectievelijk de beginfase, het vervolg en de verankering van de implementatie. Bij de eerste twee fasen komen de activiteiten op de verschillende niveaus aan de orde: cliënten, medewerkers en organisatie. Bij de fase van verankering gaat het erom de successen die op de verschillende niveaus geboekt zijn, vast te houden.

Deel II Begin



Inleiding

Een goed begin is het halve werk. Dat geldt zeker ook voor de implementatie van herstelondersteunende zorg. In de beginfase wordt de basis gelegd voor het hele traject. Deze fase duurt – afhankelijk van de inspanningen – ongeveer een jaar.

Meestal is er een sluimerend en geleidelijk begin waarin een paar voortrekkers het initiatief nemen voor een nieuw project. Gaandeweg groeit dit uit tot een omvangrijk implementatieproject, afhankelijk van de feitelijke daadkracht. Soms zijn stafmedewerkers of beleidsmedewerkers de initiatiefnemers zoals we zagen in het voorbeeld van GGz Breburg. In andere gevallen nemen cliëntenvertegenwoordigers, directieleden of behandelaars het voortouw. Wie dan ook, het is belangrijk dat een trekkersgroep het initiatief neemt en daarvoor de volle ruimte krijgt van de directie. Deze initiatiefgroep heeft bij voorkeur een gemêleerde samenstelling en vertegenwoordigt cliënten (onder wie mogelijk ervaringsdeskundigen), directieleden, stafmedewerkers, begeleiders en behandelaars.

Om het implementatieproces op gang te brengen, is het nodig dat op de verschillende niveaus activiteiten in onderlinge samenhang ontwikkeld worden, gericht op het helder maken van de begrippen, visieontwikkeling en het scheppen van randvoorwaarden.

Voor cliënten is het belangrijk dat voorlichting plaatsvindt door ervaringsdeskundigen, dat activiteiten worden opgezet gericht op het ruimte maken voor herstel, zoals herstelwerkgroepen, en dat naar hun mening wordt gevraagd door middel van vragenlijsten of cliëntenpanels. Ook voor de medewerkers is het in de beginfase van groot belang dat zij voorlichting krijgen over herstel en herstelondersteunende zorg. In het bijzonder managers en behandelaars behoeven hierbij specifieke aandacht. Als zij niet goed op de hoogte zijn van de inhoud van herstelondersteunende zorg, zullen zij zich er waarschijnlijk ook niet hard voor maken. Hun steun is onmisbaar voor een geslaagd implementatietraject. Daarnaast kunnen discussiebijeenkomsten helpen om de herstelvisie te vertalen naar de praktijk. Op organisatieniveau gaat het in eerste instantie om een goede projectstructuur en activiteiten als draagvlak creëren, een projectteam vormen, een SWOT-analyse en beginmeting uitvoeren, het opstellen van een project- en communicatieplan en gericht uitvoering geven aan het plan. Bovendien is het essentieel om vanaf het allereerste begin in te zetten op het werken met en vanuit ervaringsdeskundigheid binnen de organisatie.

6 Begintraject voor cliënten

In de beginfase is het belangrijk dat cliënten en hun naastbetrokkenen bekend raken met het gedachtegoed van herstel en dat er ruimte ontstaat om aan het eigen herstel te werken. In dit hoofdstuk gaan we in op voorlichting, cursussen over herstel en het opzetten van herstelwerkgroepen. Ervaringsdeskundigen spelen daarbij een cruciale rol. Deze herstelactiviteiten voor cliënten kunnen gezien worden als de basis van het implementatietraject binnen de organisatie. Ze bieden individuele deelnemers perspectief, hoop en ruimte voor ontplooiing en persoonlijk herstel. Bovendien ontstaan er kansen voor cliënten om zich desgewenst te ontwikkelen tot ervaringsdeskundige. Ook worden de herstelprocessen zichtbaarder voor de organisatie, doordat cliënten hun ervaringen beter leren verwoorden of meer in beeld zijn door de rollen die ze gaan innemen. Om erachter te komen hoe cliënten de activiteiten beleven en wat voor effecten ermee worden bereikt, is het van belang om regelmatig met cliënten te evalueren en vragenlijsten af te nemen. Ook hier staan we in dit hoofdstuk bij stil.

6.1 Voorlichting door ervaringsdeskundigen

Voorlichting door ervaringsdeskundigen is door het hele traject van groot belang. Zeker aan het begin, als er nog nauwelijks aandacht is voor herstel binnen de organisatie, is het nodig dat cliënten gaan horen en zien wat de mogelijkheden zijn. Doordat de voorlichting gegeven wordt door ervaringsdeskundigen, kan er hoop ontstaan. De ervaringsdeskundige vertelt niet alleen over herstel, maar is zelf ook het voorbeeld.

In de voorlichting staan de betekenis en de mogelijkheden van herstel centraal. Ervaringsdeskundigen gaan met cliënten in gesprek over wat herstel in hun eigen leven betekent. Essentieel hierbij zijn de ervaringsverhalen: ervaringsdeskundigen vertellen over hun eigen zoektocht en hoe zij hun kwetsbaarheden een plek hebben kunnen geven zonder daar voortdurend door belemmerd te worden.

Voorlichting kan in dit geval vele vormen aannemen: meer formeel in de vorm van een georganiseerde huiskamerbijeenkomst, themabijeenkomst of vergadering, maar ook heel informeel door bijvoorbeeld aan te schuiven tijdens de koffie of spontaan bij iemand binnen te lopen.

Voorbeeld uitvoering huiskamerbijeenkomst

1. *Plan drie kwartier voor de bijeenkomst.*
2. *Zorg voor iets lekkers bij de koffie/thee, zodat men zich welkom voelt.*
3. *Start met een korte introductie door je collega en jezelf (beide ervaringsdeskundig).*

4. *Presentatie van een ervaringsverhaal.*
 5. *Gelegenheid voor reacties en vragen.*
 6. *Korte uitleg over wat herstel kan betekenen.*
 7. *Inventariseren waar behoefte aan is en welke wensen er zijn voor vervolgactiviteiten.*
 8. *Uitnodiging voor een volgende huiskamerbijeenkomst en/of een themabijeenkomst voor een breder publiek.*
-

Naast het geven van voorlichting aan (mede-)cliënten spelen ervaringsdeskundigen een belangrijke rol bij de voorlichting aan naastbetrokkenen van cliënten. Naastbetrokkenen hebben een belangrijke betekenis voor de cliënt, kennen de kracht van de persoon en zijn vaak een brug naar zijn toekomst. Uiteraard speelt ook hun bezorgdheid, medeleven en eigen pijn een rol.

Familieleden, vrienden, (ex-)collega's en kennissen willen doorgaans graag behulpzaam zijn in het herstelproces. Daarnaast hebben zij hun eigen verhalen, hun eigen wanhoop en krijgen ook zij vaak te maken met onbegrip en stigma.

Ervaringsdeskundigen kunnen door middel van georganiseerde en spontane vormen van voorlichting hoop bieden aan naastbetrokkenen en hen ondersteunen zichzelf en de cliënt verder te helpen.

Kortom, voorlichting kan mensen enthousiast maken om mee te doen aan herstelactiviteiten. Door regelmatig en op diverse manieren voorlichting te geven, zowel groepsgewijs als individueel, zowel aan cliënten als aan naastbetrokkenen (en in combinatie), zowel formeel als informeel, kan de hoop gaan groeien. Herstel is een proces waar ieder op een eigen manier stappen in zet.

Een direct gevolg van deze voorlichting kan dan ook zijn dat er initiatieven ontstaan om een herstelwerkgroep of een andere groep te starten. Het is belangrijk dat cliënten de gelegenheid krijgen om op eigen wijze een begin te maken met hun herstelproces, puur voor zichzelf en zonder ambitie om als ervaringswerker een rol te gaan vervullen. Er zullen ook cliënten zijn die zelf dergelijke voorlichtingsactiviteiten willen gaan doen en daarvoor hun eigen herstelproces willen leren verwoorden en presenteren. In hoofdstuk 8.1 worden verschillende rollen en functies van ervaringsdeskundigen besproken. Voorlichting vraagt in elk geval om een vervolg, anders ebt de interesse weg.

6.2 Herstelgroepen en -cursussen voor de beginfase

Er zijn verschillende cursussen en programma's ontwikkeld voor en door cliënten om bewust aan hun persoonlijk herstel te werken. De cursus *Begin maken met herstel*, herstelwerkgroepen en *Herstellen doe je zelf* zijn geschikt om in de beginfase van het implementatietraject in te zetten.

Begin maken met herstel

De kennismakingscursus *Begin maken met herstel* gaat over de betekenis van het begrip herstel. De deelnemers verkennen in stapjes de belangrijkste onderdelen van het herstelproces aan de hand van de thema's steun, valkuilen en hoe die te overwinnen, en de rol van hulpverlening. Ze worden hierbij op weg geholpen door de verhalen van gastdocenten, die de thema's verbinden met hun eigen ervaringen. Dezelfde thema's komen terug bij het begin van een herstelwerkgroep, alleen is daar meer ruimte voor vrije inbreng van de deelnemers. *Begin maken met herstel* kan daarom goed worden ingezet als een opstapje voor deelname aan een herstelwerkgroep.

Begin maken met herstel

Doel

Kennismaken met het begrip Herstel.

Programma

De cursus bestaat uit vijf bijeenkomsten van elk twee uur, verdeeld over maximaal tien weken en wordt verzorgd door een ervaringsdeskundig docent. De vijf bijeenkomsten kennen de volgende thema's:

- kennismaking
- steun bij herstel
- valkuilen
- rol van begeleiders bij herstel
- evaluatie

Elke bijeenkomst kent de volgende structuur:

- introductie
- presentatie door gastdocent
- vragen stellen
- oefening
- afsluiting

Voor wie?

Cliënten die willen kennismaken met het begrip herstel.

Bijzonderheden

Aan de cursus is geen huiswerk of leeswerk verbonden. Het gestructureerde gesprek met elkaar en met de cursusleider en gastdocenten is het werkzame bestanddeel van de cursus.

Eigenaar

HEE!/Trimbos-instituut

Herstelwerkgroepen opzetten

Een herstelwerkgroep is een zelfhulpgroep waarin de leden, onder begeleiding van een ervaringsdeskundige, kennismaken met het begrip herstel. Aan de hand van thema's worden eigen ervaringen ingebracht en besproken. Zo verwerven de deelnemers ervaringskennis en ontwikkelen zij een persoonlijk en gezamenlijk herstelperspectief.

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 groep zeker een jaar kan draaien. Daarmee onderscheiden herstelwerkgroepen zich van cursussen als *Begin maken met herstel*. Het komt voor dat mensen tussentijds besluiten hun deelname te stoppen. De vrijgekomen plek kan dan door een nieuw groepslid worden ingevuld. Doorgaans is er een vaste kerngroep.

Gezien de continuïteit van de herstelwerkgroep is het belangrijk dat een geschikte kartrekker wordt aangetrokken: een ervaringsdeskundige die de groep op kan zetten, kan begeleiden en een brug vormt naar de organisatie. De kartrekker zorgt ervoor dat mensen op de hoogte worden gesteld dat er een groep wordt opgezet en dat zij zich hiervoor kunnen aanmelden. Inhoudelijk richten de taken zich op mensen uitnodigen die deel willen nemen, gespreksleiding, veiligheid binnen de groep bewaken en oog hebben voor de individuele deelnemer binnen het groepsproces. Ook is de kartrekker verantwoordelijk voor praktische zaken, zoals het regelen van een ruimte, koffie/thee etc. Maar boven alles stelt de kartrekker zich op als deelnemer van de groep, belast met een aantal extra taken. Belangrijk is dat de kartrekker als een 'volgend leider' de deelnemers kan motiveren en stimuleren om het proces in de groep in eigen hand te nemen en te houden, met aandacht en respect voor ieders rol en bijdrage hierin.

Herstelwerkgroepen

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 ontwikkeling van ervaringskennis zijn hierbij bedoelde bijproducten.

Programma

De herstelwerkgroep komt doorgaans minstens een jaar lang één 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

Na verloop van tijd, als de groepsleden aan elkaar en aan de werkwijze gewend raken, gaan deelnemers ook zelf thema's inbrengen, onderwerpen die voor hen zelf en voor hun eigen proces van belang zijn. Per groep kan dit op heel verschillende momenten en manieren gebeuren. Voor de kartrekker ligt hier de moeilijke taak om aan de ene kant als groepslid deel te nemen en aan de andere kant het proces te bewaken.

Voor wie?

Voor cliënten die enthousiast zijn om vanuit hun eigen ervaringen met elkaar aan het werk te gaan.

Bijzonderheden

In de startbijeenkomst wordt uitleg gegeven over de herstelbegrippen en het waarom en hoe van de herstelwerkgroep. Dit om te voorkomen dat deelnemers met andere verwachtingen de groep instappen. Tijdens deze startbijeenkomst kunnen deelnemers zich definitief aanmelden.

Eigenaar

HEE!/Trimbos-instituut

Herstellen doe je zelf

Een andere methode voor cliënten die in de beginfase van het traject kan worden ingezet is . Deze cursus is in 1996 ontwikkeld door het Regionaal Service Centrum GGZ Tilburg en wordt inmiddels in het gehele land aangeboden. Centraal staan het bekend raken met het begrip herstel, herstelervaringen delen met anderen en eigen krachten en mogelijkheden hervinden. Er wordt aandacht gegeven aan onderwerpen als: de betekenis van rehabilitatie en herstel, toekomstwensen, keuzes maken, verwerven van steun en medezeggenschap.

De uitvoerbaarheid van de cursus is onderzocht en de ervaringen van cursusleiders en cursisten van 38 verschillende cursussen zijn geëvalueerd (Van Gestel-Timmermans, Brouwers & Van Nieuwenhuizen, 2010). Resultaten laten zien dat de deelnemers zich geïnspireerd en ondersteund voelen door ervaringsdeskundige cursusleiders. Tevens beoordelen deelnemers de sociale steun en persoonlijke aandacht die zij krijgen van medecursisten positief. Uit een effectonderzoek blijkt dat mensen die deelnamen aan de cursus hogere scores hadden op belangrijke elementen van herstel: empowerment, hoop en (zelf)vertrouwen. Deze effecten waren na drie maanden nog steeds zichtbaar (Van Gestel-Timmermans, Brouwers, Van Assen, & Van Nieuwenhuizen, 2010).

Herstellen doe je zelf

Doel

Deze cursus is erop gericht het herstel van mensen met een psychische of psychiatrische beperking te bevorderen. Meer concreet moet de methode bijdragen aan empowerment, zelfwaardering, hoop en de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische of psychiatrische problemen.

Programma

De cursus bestaat uit twaalf bijeenkomsten van twee uur, waarin vijf tot acht cliënten in een veilige omgeving onder leiding van twee getrainde ervaringsdeskundige cursusleiders werken aan thema's die te maken hebben met herstel, zoals doelen stellen en krijgen van sociale steun. Dit gebeurt door het ontvangen van informatie, reflecteren, uitwisseling van ervaringen en het oefenen met vaardigheden met betrekking tot genoemde thema's. In de cursus ontdekken cliënten hun eigen kracht en mogelijkheden, om van daaruit op eigen wijze en in eigen tempo stappen te zetten op weg naar herstel.

Voor wie?

De cursus is bedoeld voor mensen met een psychische of psychiatrische beperking, die eraan toe zijn om aan hun eigen herstel te gaan werken en eigen verantwoordelijkheid daarvoor te nemen.

Bijzonderheden

Voorafgaand aan de cursus is er een kennismakingsbijeenkomst en drie maanden na afloop een terugkombijeenkomst.

Eigenaar

Kenniscentrum Zelfhulp en Ervaringsdeskundigheid, Tilburg

6.3 Metingen en evaluaties op cliëntniveau

Om in kaart te brengen hoe de herstelactiviteiten door cliënten worden ervaren en in welke mate zij er baat bij hebben, is het belangrijk om regelmatig bij cliënten te rade te gaan. Dit kan op tal van manieren.

In het algemeen is het bij implementatietrajecten belangrijk om de voortgang te meten. De vraag waar het om draait is immers of de veranderingen die zijn ingezet daadwerkelijk leiden tot verbeteringen. In hoofdstuk 8.10 wordt hier uitgebreid op ingegaan. Omdat de eerste metingen bij voorkeur al in het begin van het traject plaatsvinden, dient hier in de beginfase aandacht voor te zijn.

Metingen en evaluaties kunnen plaatsvinden op verschillende niveaus en met verschillende doeleinden. Om te meten in hoeverre een team herstelondersteunende zorg verleent, kan de ROPI worden afgenomen (zie hfdst 8.7). Het gaat dan om een

procesmeting op organisatieniveau. Hiermee kan echter geen indruk worden verkregen van de mate waarin cliënten vorderen in hun herstelproces, in hoeverre zij hoop ervaren of uitgaan van hun eigen kracht. In dit hoofdstuk gaan we in op metingen en evaluaties die kunnen plaatsvinden op cliëntniveau. Deze zijn bijvoorbeeld zinvol om de resultaten van het implementatietraject zichtbaar te maken, om informatie in te winnen bij cliënten als input voor nieuwe verbeteringen, om hun tevredenheid in kaart te brengen of om wensen en behoeften te peilen ten behoeve van de individuele behandelrelatie. Afhankelijk van het doel en de uitkomstmaat (bijvoorbeeld hoop, empowerment, cliënttevredenheid) kan een keuze worden gemaakt uit verschillende kwalitatieve en kwantitatieve instrumenten. Het voordeel van kwantitatief meten is dat de uitkomsten 'harder' zijn: een toegenomen score is vaak overtuigender bewijs voor vooruitgang. Met name managers beschikken graag over cijfers om over het verbetertraject te communiceren. Een kwalitatieve evaluatie heeft echter als voordeel dat dieper met mensen in gesprek wordt gegaan en onverwachte dingen naar boven kunnen komen. Vaak ontstaat een veel rijker inzicht in achtergronden, verklaringen en meningen. Bij voorkeur wordt gewerkt met een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Kwalitatieve methoden zijn een waardevolle aanvulling op kwantitatieve methoden; de cijfers gaan daardoor leven en krijgen meer betekenis.

Cliëntenpanel

Een cliëntenpanel is een geschikte vorm om de meningen, wensen of behoeften van een groep cliënten boven tafel te krijgen en kan dus gebruikt worden als een evaluatie-instrument. In het panelgesprek kan bijvoorbeeld worden ingegaan op herstelactiviteiten, een nieuw begeleidingsplan of de tevredenheid over de behandeling. Een cliëntenpanel draagt bij aan het versterken van empowerment van cliënten en is een middel om de stem van cliënten te laten doorklinken in de plannen voor het implementatietraject. In een cliëntenpanel vindt een gesprek plaats tussen maximaal zes cliënten en bij voorkeur twee ervaringsdeskundige medewerkers. Aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst, kunnen de ervaringen met uiteenlopende onderwerpen gezamenlijk worden onderzocht, waarbij de deelnemers om beurten hun ervaringen vertellen en elkaar kunnen aanvullen. Eén van de ervaringsdeskundigen leidt het panel, terwijl de ander zorg draagt voor het verslag.

De deelnemers aan het panel dienen de cliëntenpopulatie zo goed mogelijk te weerspiegelen. De manier waarop cliënten worden geworven, heeft invloed op de samenstelling van het panel en daarmee op de antwoorden. Cliënten kunnen persoonlijk benaderd worden voor deelname, met als voordeel dat mensen eerder geneigd zijn toe te zeggen. Daarbij moet men er echter voor waken dat niet vooral cliënten worden gevraagd die positief zijn over de hulpverlening. Het is raadzaam met name mondige, kritische cliënten te betrekken. Een andere manier om mensen te werven voor het panel is door alle cliënten van de desbetreffende afdeling een uitnodiging te sturen met de vraag zich aan te melden. Het voordeel hiervan is dat een grotere groep cliënten benaderd wordt, maar het heeft als mogelijk nadeel dat de werving minder vlot verloopt en met name actief betrokken cliënten worden geselecteerd. Het is dus

belangrijk een bewuste afweging te maken van de verschillende wervingsmethoden en daarmee de representativiteit van het panel te bewaken. Neem voldoende tijd voor het werven van cliënten, zodat zij ruim van tevoren over het panelgesprek geïnformeerd zijn. Zorg ervoor dat het voor cliënten aantrekkelijk is om aan het panel deel te nemen, bijvoorbeeld door er iets tegenover te stellen. Bekendheid met de locatie kan drempelverlagend werken. Ook is het zeer belangrijk dat de locatie voor cliënten gemakkelijk bereikbaar en in de buurt is.

Het voordeel van een cliëntenpanel is dat mensen op elkaar kunnen reageren, zich sterker voelen in de groep (empowerment) en dat een dieper inzicht ontstaat in knelpunten en mogelijke oplossingen. Het levert kwalitatief rijk materiaal op en biedt aanknopingspunten voor verbeteracties.

Voorbeeld uitvoering cliëntenpanel

1. *Plan een uur voor de bijeenkomst.*
2. *Zorg voor koffie/thee en iets lekkers, zodat cliënten zich welkom voelen.*
3. *Start met een korte introductieronde, waarbij cliënten en medewerkers zich voorstellen.*
4. *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).*
5. *Benadruk dat de inbreng van cliënten anoniem verwerkt zal worden en een ieder vertrouwelijk dient om te gaan met de inbreng van anderen.*
6. *Geef aan hoe lang de bijeenkomst zal duren en wanneer er pauze is.*
7. *Bewaak de tijd. Zorg ervoor dat de verschillende thema's van de topiclijst aan bod kunnen komen, maar biedt ook ruimte voor persoonlijke verhalen van cliënten. Zoek hierin een balans.*
8. *Las na ongeveer een half uur een korte pauze in.*
9. *Indien niet alle onderwerpen aan het eind van de bijeenkomst besproken zijn, vraag dan wie er nog een keer zou willen meewerken aan een panelgesprek.*
10. *Bij succes: stel voor er een terugkerende bijeenkomst van te maken, bijvoorbeeld elk kwartaal.*
11. *Vertel wat er met de uitkomsten van het cliëntenpanel gedaan wordt.*

Afhankelijk van de aard en omvang van de doelgroep is het mogelijk te variëren in de uitvoering van de cliëntenpanels. Naar eigen inzicht kan de groeps grootte en de tijdsduur van het panelgesprek gewijzigd worden. Indien de inschatting is dat een aantal mensen door concentratieproblemen of mogelijke andere beperkingen niet in staat is een lang gesprek bij te wonen, kunnen zij uitgenodigd worden voor een verkort panelgesprek. Tevens kan gekozen worden voor aanvullende interviews met cliënten.

Maak een verslag van de aantekeningen waarin samengevat de verschillende meningen en ideeën terugkomen. Beschrijf ook kort het proces: hoe is de werving verlopen, hoeveel cliënten waren aanwezig, was het panel naar inschatting representatief voor de cliëntenpopulatie? Deze informatie kan nuttig zijn voor een vervolgbijeenkomst.

Voorbeelden gespreksonderwerpen cliëntenpanel

- *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 panelleden zelf?*
- *Hoe tevreden is het panel met het aanbod van dagbesteding, werk en leren? Wat kan beter?*

Vragenlijsten voor cliënten

Naast kwalitatieve methoden, zoals een cliëntenpanel en –interviews, zijn verschillende kwantitatieve instrumenten geschikt om te gebruiken tijdens een implementatietraject herstelondersteunende zorg. We noemen er een aantal die voldoende betrouwbaar en valide zijn gebleken.

Bruikbaar is bijvoorbeeld de *Nederlandse Empowerment Lijst (NEL)* (Boevink, Kroon & Giesen, 2008). Door deze vragenlijst herhaaldelijk af te nemen bij cliënten kan in kaart worden gebracht in welke mate zij groeien in hun kracht. Tevens kan het instrument gebruikt worden om het hulpaanbod te beoordelen op de mate waarin empowerment bevordert wordt. Empowerment betekent zoveel als je eigen kracht ontdekken of herontdekken en die kracht effectief leren toepassen. Het begrip empowerment kent vele facetten. Deze facetten zijn verkend door bijna zeventig mensen die in hun leven te maken hebben met ernstige aanhoudende psychische kwetsbaarheden. Op basis van hun kennis en uitspraken is de NEL ontwikkeld (Boevink, 2008).

De NEL omvat zes dimensies: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid, erbij horen, zelfmanagement en betrokken leefgemeenschap. De dimensies bestaan uit verschillende items. In totaal omvat de NEL veertig uitspraken waarmee men 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 vijfpuntsschaal. De NEL voorziet in een totaalscore en een score per dimensie.

Een ander instrument voor metingen op cliëntniveau is de HOOP, de Nederlandse vertaling van de Herth Hope Index (Herth, 1992; Van Gestel-Timmermans, Van

den Boogaard, Brouwers, Herth & Van Nieuwenhuizen, 2010), waarmee de hoop en empowerment van individuele cliënten gemeten wordt. Hoop is één van de centrale kernelementen van herstel van mensen met ernstige psychische klachten. De uitkomsten van de vragenlijst kunnen worden beschouwd als een graadmeter van de mate waarin het individuele herstelproces zich voltrokken heeft. De HOOP is een korte vragenlijst die bestaat uit twaalf items, met een antwoordschaal van 1 (sterk mee oneens) tot 4 (sterk mee eens). Voorbeelden van items zijn: “Ik heb een positieve kijk op het leven” en “Ik geloof dat elke dag mogelijkheden biedt”.

De Mental Health Confidence Scale (MHCS) (Carpinello, Knight, Markowitz & Pease, 2000) kan worden gebruikt om het geloof in eigen kunnen (een gangbare Nederlandse omschrijving van de term *self-efficacy*) of het vertrouwen in eigen mogelijkheden te meten bij mensen die te maken hebben met psychiatrische stoornissen. De MHCS is gebaseerd op verschillende theorieën over *self-efficacy* en recente kwalitatieve studies over zelfhulpgroepen. De vragenlijst bestaat uit zestien items en onderscheidt drie factoren: optimisme, *coping* en *advocacy* (opkomen voor belangen en rechten). Elk item begint met de vraag: “Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat u ...”. Voorbeelden van items zijn: “doelen kunt stellen voor uzelf” en “vrienden kunt maken”. Het antwoord wordt gegeven op een zespuntsschaal van 1 (totaal geen vertrouwen) tot 6 (volledig vertrouwen).

De Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA) (Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999) is een beknopte, concrete vragenlijst die is ontwikkeld om de kwaliteit van leven te meten. De originele MANSA bestaat uit zestien vragen met een zevenpuntsschaal die loopt van zeer ontevreden naar zeer tevreden. Er is tevens een verkorte versie van de MANSA beschikbaar, met zeven vragen over de tevredenheid op een aantal levensgebieden, zoals woonsituatie, sociale relaties en dagbesteding (bv.: Hoe tevreden bent u met uw woonsituatie?).

Bij voorkeur wordt hieraan steeds de volgende vraag toegevoegd: “Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?” De vragenlijst kan dan worden gebruikt om een gesprek op gang te brengen over persoonlijke behoeften en wensen.

Werkwijze gebruik vragenlijsten

Voor een zinvolle inzet van vragenlijsten is het belangrijk goed na te denken over:

- het doel van afname van de vragenlijsten. Wil je met cliënten in gesprek gaan? Wil je de voortgang van het traject in kaart brengen? Wil je meer over de cliënt te weten komen om hem of haar beter te ondersteunen? Wil je input krijgen van cliënten voor het vervolg van het traject?
- de uitkomstmaat. Wat ga je meten? De tevredenheid? De mate van herstel, hoop of empowerment? De kwaliteit van leven?
- het aantal cliënten dat je wilt bevragen. Dit hangt af van bovenstaande keuzes. Je kunt ervoor kiezen om door middel van een cliëntenpanel met een kleine groep de diepte in te gaan, maar ook om met behulp van een vragenlijst van zoveel mogelijk cliënten de mate van empowerment te achterhalen. Wees er echter van bewust dat

de vragenlijsten uiteindelijk zijn bedoeld om bij te dragen aan het herstel van mensen. Het is daarom belangrijk om de cliënt zo nodig te ondersteunen bij het invullen van de vragenlijsten en ruimte te maken voor een gesprek. De vragen kunnen confronterend zijn en tegelijkertijd aanknopingspunten bieden voor het opstellen van persoonlijke doelen. De begeleider moet dus present zijn bij het afnemen van de vragenlijst. Het is ook mogelijk dat iemand eerst zelf de vragen beantwoordt en dat later een gesprek volgt. Een grootschalige enquête waarbij cliënten worden gezien als niet meer dan een respondentnummer, zou in schril contrast staan met het doel van het implementatietraject.

Voor een goede uitvoering gelden verder de volgende aandachtspunten:

- Informeer de cliënten ruim van tevoren over het doel van het invullen van de vragenlijst.
- Als je een bepaalde cliëntengroep over langere tijd wilt volgen, bijvoorbeeld om de resultaten van het traject in kaart te brengen, kun je het beste op drie momenten meten: één keer in de beginfase (binnen 2 maanden na de start van het traject), één keer in de vervolgfase (na ongeveer 18 maanden) en één keer in de borgingsfase (ongeveer 30 maanden na de start van het traject).
- Bij het afnemen van de lijsten is het van belang om zoveel mogelijk dezelfde cliënten bij de voor-, tussen-, en nameting te betrekken. Om op cliëntniveau te kunnen vergelijken, moet je weten welke lijsten van de verschillende metingen bij een persoon horen. De lijsten kunnen dus niet anoniem worden ingevuld. Gezien de nadruk die gelegd wordt op het bespreken van individuele wensen en behoeften, zal dit vanzelfsprekend zijn. Indien het toch een probleem vormt, kan gewerkt worden met respondentnummers. Op het voorblad en op de vragenlijst wordt hetzelfde respondentnummer genoteerd. De cliënt wordt gevraagd op het voorblad zijn naam in te vullen, met de mededeling dat het voorblad later wordt losgehaald van de antwoorden. Het voorblad wordt gebruikt als "sleutel" om te weten welke cliënt hoort bij welk respondentnummer. De voorbladen dienen door één persoon vertrouwelijk bewaard te worden.
- Wijs iemand aan uit het team die de gegevens beheert in een databestand en analyseert. Diegene dient handig te zijn met programma's als Excel of SPSS en kennis te hebben van data-analyse. Mogelijk heeft iemand hiervoor een training of instructie.

Andere manieren om te evalueren

Een bestaand meetinstrument heeft het voordeel dat het gevalideerd is en breed gebruikt wordt. Hierdoor zijn vergelijkingen mogelijk met metingen bij andere cliënten of doelgroepen. Het ontwikkelen van een eigen instrument dat bijvoorbeeld de mate van herstel meet, is niet eenvoudig. Wel zijn er andere manieren om te evalueren die minder intensief zijn dan de afname van vragenlijsten. Er kan bijvoorbeeld gewerkt worden met het geven van rapportcijfers door cliënten voor bepaalde thema's die het projectteam wil voorleggen. Dit kan gaan over de sfeer op de afdeling, de mogelijkheden voor werk en dagbesteding of de tevredenheid over herstelactiviteiten die worden

geleid door ervaringsdeskundigen. Door op verschillende momenten een rapportcijfer van cliënten te vragen, kan over langere tijd gevolgd worden wat het gemiddelde cijfer is en of er progressie wordt geboekt. Kwalitatief kan daar aan worden toegevoegd dat aan cliënten gevraagd wordt waarom zij dit cijfer hebben gegeven en wat volgens hen moet verbeteren om de volgende keer een punt hoger te geven. Dit is niet alleen informatief voor het projectteam, maar ook ontstaat op die manier een gesprek en raken cliënten eraan gewend dat het vanzelfsprekend is dat zij hun mening kunnen geven.

Voor veel medewerkers zal het nieuw zijn om structureel cliënten te bevragen. Eventuele knelpunten die zij kunnen ervaren, zijn bijvoorbeeld dat cliënten het moeilijk vinden hun mening te verwoorden of kritiek te uiten, dat cliënten uitweiden en geen antwoord geven op de vragen die gesteld worden, dat de aandachtsspanne heel kort is of dat cliënten onjuiste informatie geven. Voor een deel kan dit worden ondervangen door de wijze waarop de evaluatie plaatsvindt. Het is belangrijk dat de gekozen vorm en vragen goed aansluiten op het niveau van de cliënten. Daarnaast dienen medewerkers zich te realiseren dat de beleving van cliënten centraal staat, ook als deze niet overeenkomt met de werkelijkheid. Dat cliënten iets kennelijk anders ervaren of onbekend waren met bepaalde mogelijkheden bij de instelling, is ook waardevolle informatie. De meeste vragen zullen overigens een mening bevatten en daarbij is uiteraard geen sprake van waar- en onwaarheden. Het is van belang dat medewerkers goed luisteren naar cliënten, een respectvolle houding hebben en niet op oneigenlijke wijze met de cliënt in discussie gaan.

7 Begintraject voor medewerkers

In dit hoofdstuk staat centraal wat in de beginfase van het implementatietraject gedaan kan worden voor en door medewerkers, zodat zij zich betrokken gaan voelen bij het traject en zich bewust worden van de mogelijkheden tot herstel en herstelondersteuning. Ook is het belangrijk dat zij samen met cliënten gaan nadenken over de visie. Voorlichting, discussie- en themabijeenkomsten dragen daaraan bij.

7.1 Voorlichting medewerkers

Medewerkers dienen geïnformeerd te worden over de betekenis en de mogelijkheden van herstel en over het doel van het implementatietraject. Door voorlichting ontstaat betrokkenheid, bewustwording en visievorming: een belangrijke basis voor de deskundigheidsbevordering die later in het traject gegeven wordt. Deze voorlichting wordt bij voorkeur gegeven door een ervaringsdeskundige samen met een zorgprofessional die ervaring heeft met herstelondersteunende zorg.

De voorlichting dient in de eerste plaats gericht te zijn op bewustwording. Herstelondersteuning moet in de basishouding van medewerkers tot uiting komen, zij moeten dus leren welke attitude door cliënten als ondersteunend wordt ervaren. Hiervoor is het belangrijk dat zij gaan begrijpen wat herstel is en dat verbinden met hun eigen persoonlijke ervaringen. Als medewerkers gaan zien dat de ervaringen van cliënten menselijke ervaringen zijn die heel dicht bij die van henzelf staan, ontdekken ze dat er eigenlijk niet zo veel verschil is in reacties en wat als ondersteunend en belemmerend wordt ervaren.

Voorbeeld uitvoering voorlichtingsbijeenkomst medewerkers

1. *Zorg ervoor, in overleg met de teamleider, dat je tijd krijgt in een afdelings- of teamvergadering.*
 2. *Doe de voorlichting met z'n tweeën, waarbij minimaal een van beiden ervaringsdeskundige is en beiden voldoende kennis hebben van herstel. Zorg voor een evenwichtige taakverdeling.*
 3. *Spreek van te voren goed af hoeveel tijd er beschikbaar is en bewaak deze tijd.*
 4. *Introduceer je collega en jezelf kort.*
 5. *Bespreek wat men weet over de betekenis en de mogelijkheden van herstel.*
 6. *Presenteer de herstelbegrippen.*
 7. *Geef ruimte en tijd om te reageren en voor discussie.*
 8. *Bespreek hoe hier in dit team verder mee wordt gegaan.*
 9. *Indien er te weinig tijd is om alles te bespreken in deze vergadering, maak dan een vervolgspraak.*
-

Voorlichting wordt tevens ingezet als 'kwartiermaken' voor ervaringsdeskundigen: het klimaat binnen een team of afdeling zo beïnvloeden dat er ruimte ontstaat voor het werken met ervaringsdeskundigheid. Immers, om echt herstelondersteunende zorg te bieden, is de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen binnen een team een must. Om dit op een goede manier in te zetten, is het van belang dat er al voor er een ervaringsdeskundige wordt aangetrokken, binnen het team over wordt gesproken.

De voorlichting richt zich dan ook in eerste instantie op het bekendmaken van de herstelbegrippen, het implementatietraject en de functie van de ervaringsdeskundigen. Bovendien gaat het erom dat medewerkers enthousiast worden en betrokken raken.

Voorbeelden thema's voor teamvoorlichting

- *herstelbegrippen: herstel, empowerment, ervaringsdeskundigheid*
 - *herstelondersteunende zorg*
 - *waarom een implementatietraject herstelondersteunende zorg?*
 - *werken met ervaringsdeskundigen*
-

7.2 Voorlichting managers en behandelaars

De praktijk leert dat de implementatie van herstelondersteunende zorg vaak stagneert doordat de managers of behandelaars het traject onvoldoende steunen. Het is daarom zeer belangrijk om naast de algemene voorlichting in een vroeg stadium specifiek aandacht aan deze groep te besteden. Dit kan bijvoorbeeld door extra bijeenkomsten te organiseren die worden geleid door een ervaringsdeskundige en de projectleider of door persoonlijke gesprekken.

Voor managers geldt dat zij de principes van herstelondersteunende zorg moeten doorgronden en doordringen moeten zijn van de noodzakelijke randvoorwaarden. Het proces voltrekt zich op verschillende niveaus welke met elkaar verbonden moeten worden: cliënten-, medewerkers- en organisatieniveau. De implementatie van herstelondersteunende zorg duurt al gauw drie jaar. Gedurende die jaren moeten cliënten en medewerkers voldoende voeding en gelegenheid krijgen om zich de herstelprincipes eigen te maken en hieraan te werken. Het management heeft daar een belangrijke rol in, tenminste om ervoor te zorgen dat medewerkers voldoende tijd hebben om zich hiervoor in te spannen. Een belangrijke taak voor managers is bovendien dat zij de behandelaars meenemen in de ontwikkelingen. Psychiaters hebben een belangrijke stem in het beleid en kunnen ontwikkelingen op het gebied van herstelondersteunende zorg sterk stimuleren dan wel tegenhouden. Van hen wordt een grote inzet en grote veranderingsbereidheid gevraagd.

De weerstand die veel psychiaters hebben, kan verklaard worden door de strijdigheid tussen de herstelgedachte en het medische model. Er is een fundamenteel

verschil tussen beide culturen. Psychiaters leren in hun opleiding hoe zij psychische ziektes medicamenteus kunnen behandelen; zij weten welke medicijnen zij het beste kunnen voorschrijven en herstel staat voor hen dikwijls nog gelijk aan genezing. Het hele systeem, de financiering en de organisatie van de zorg hebben vorm gekregen vanuit dit medische model. Bij de herstelgedachte wordt het 'ziek zijn' gerelativeerd. Genezing wordt gezien als slechts één element van herstel, naast bijvoorbeeld herstel van identiteit, dagelijks functioneren en rollen. De patiënten worden niet in de eerste plaats beschouwd als ziek, maar als mensen in moeilijkheden waarbij ziekte een van de oorzaken kan zijn (maar ook trauma's, negatieve omstandigheden). Ook wordt de professional bij herstel op een niet onbelangrijk, tweede plan gezet. De cliënt heeft de regie en een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie tussen psychiater en cliënt is cruciaal.

Om psychiaters op het spoor van herstelondersteuning te zetten, is het belangrijk dat zij literatuur over het onderwerp lezen en door het management worden gestimuleerd om naar bijeenkomsten te gaan over herstel. Die bijeenkomsten zouden geaccrediteerd moeten worden door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Verder moeten psychiaters actief worden betrokken bij de visieontwikkeling van de instelling rond herstelondersteunende zorg. Contact met ervaringsdeskundigen en collega-psychiaters die de herstelgedachte ondersteunen, kan een positieve invloed hebben.

Eenmalige voorlichting van het management en de behandelverantwoordelijken is onvoldoende. Gedurende het hele traject is het belangrijk om hen intensief te betrekken. Verdere scholing voor deze groepen kan worden ingezet in de vervolgfase.

7.3 Discussie- en themabijeenkomsten

Naast voorlichting kan het zinvol zijn om discussie- of themabijeenkomsten te organiseren voor medewerkers en ervaringsdeskundigen. Door een gesprek op gang te brengen, kunnen zij hun mening aanscherpen en kunnen nieuwe inzichten ontstaan. Met name in het kader van vertaling van de visie naar de praktijk kunnen zulke bijeenkomsten stimulerend werken. Het thema herstelondersteunende zorg gaat hierdoor leven en de discussie kan gebruikt worden voor een eerste aanzet of een verdere uitwerking van een visiedocument over herstelondersteunende zorg.

Ook het thema stigmatisering leent zich goed voor themabijeenkomsten. Uit onderzoek blijkt dat een groot aantal mensen zich gediscrimineerd voelt door hulpverleners in de psychiatrie en dat de behandeling door hen als neerbuigend wordt ervaren (zie hfdst 10.4). Door dit expliciet te bespreken, worden medewerkers zich er meer van bewust. De discussie kan worden gevoerd over (onbewuste) vooroordelen of het doorbreken van bepaalde (niet vanzelfsprekende) gedragspatronen. De uitkomsten kunnen gebruikt worden bij het opstellen van een beleidsdocument om stigmatisering tegen te gaan.

Anderzijds hebben veel medewerkers zelf ook cliëntervaring. Een themabijeenkomst kan erover gaan hoe je dat bespreekbaar maakt en of er mogelijkheden zijn om die

ervaringskennis meer of anders in te zetten dan tot nu toe gebeurt. Zo niet, wat zegt dat dan over de cultuur en de kracht van het stigma? In een themabijeenkomst kan het gesprek hierover geopend worden. In het vervoltraject kunnen specifieke activiteiten worden opgezet voor medewerkers met cliëntervaring.

Het is belangrijk een discussie- of themabijeenkomst goed voor te bereiden. Vooraf moet helder zijn wat het doel is. Het gaat niet om onderlinge verwijdering, maar om het verkrijgen van nieuwe inzichten en het komen tot een gezamenlijke visie. De gekozen vorm en stellingen bepalen voor een groot deel de uitkomsten. Voorbeelden van mogelijke vormen zijn:

- rondetafelgesprek, voor maximaal zes tot acht mensen, inclusief een goede gespreksleider;
- 'lagerhuisdebat', voor twintig tot zestig mensen;
- zaaldiscussie, met enkele 'inleiders' die eerst hun mening verwoorden en daarna de gelegenheid voor mensen in de zaal om te reageren.

Mensen moeten zich veilig voelen om hun mening te geven. Om de drempel laag te houden, is een discussie in subgroepjes (rondetafelgesprekken) het meest geschikt. De deelnemers kan gevraagd worden hun belangrijkste conclusies samen te vatten op een flip-over. Deze worden aan het eind van de bijeenkomst plenair teruggekoppeld. Om de discussie op gang te brengen, worden stellingen meegegeven of wordt een bepaalde inleiding gehouden die reacties oproept. Stellingen moeten helder worden geformuleerd, geen ontkenning bevatten, enkelvoudig zijn (één discussiepunt tegelijk) en inhoudelijk zo worden gekozen dat er een grote kans is op voor- en tegenstanders. Als iedereen het direct met de stelling eens is, komt men niet tot nieuwe inzichten.

Voorbeeld stellingen over herstel en herstelondersteunende zorg

- *Behandeling is noodzakelijk voor herstel.*
- *Herstelondersteunende zorg is een kwestie van de juiste bejegening.*
- *Herstelondersteunende zorg houdt in dat je je professionele referentiekaders opzij moet zetten.*
- *Ervaringsdeskundigen vergroten de afstand tussen hulpverleners en cliënten.*
- *Herstelondersteunende zorg is rehabilitatie in een nieuw jasje.*
- *Herstel is slechts weggelegd voor een selecte groep cliënten.*
- *Herstelondersteunende zorg en bezuinigingen: dat kan niet samen!*

De discussie- of gespreksleiders lichten het doel van de bijeenkomst toe, heten iedereen welkom en geven een korte inhoudelijke inleiding of zetten de stellingen uiteen. In de subgroepen hebben zij de belangrijke taak ervoor te zorgen dat iedereen aan bod komt, dat er ruimte is om van mening te verschillen en dat ieder kan uitpraten. Ook kan de gespreksleider tussentijds samenvatten, nieuwe aanknopingspunten aandragen

of doorvragen. De gespreksleider bewaakt de tijd en rondt af door de conclusies samen te vatten.

De bijeenkomst wordt plenair afgesloten door de uitkomsten van de verschillende groepjes aan elkaar te presenteren, iedereen te bedanken en te vertellen wat met de uitkomsten zal worden gedaan.

Voorbeeld uitvoering discussiebijeenkomsten

1. *Plan ongeveer twee uur voor de bijeenkomst.*
 2. *De bijeenkomst wordt geleid door een hulpverlener en een ervaringsdeskundige.*
 3. *Leg uit wat het doel is van de discussie.*
 4. *Leg uit hoe de gekozen vorm in zijn werk gaat.*
 5. *Stel de spelregels vast (bijvoorbeeld: ga staan als je iets wilt zeggen, één persoon tegelijk aan het woord, respect voor andere meningen).*
 6. *Ga na een plenaire inleiding (ongeveer 15 min) uiteen in subgroepen onder leiding van een gespreksleider.*
 7. *Elke groep schrijft de conclusies op een flip-over.*
 8. *De laatste 25 minuten worden gebruikt voor een plenaire terugkoppeling.*
-

Een themabijeenkomst kan ook worden ingevuld met het kijken van een film, het luisteren naar een ervaringsverhaal of interactieve oefeningen. Allerlei creatieve vormen die medewerkers prikkelen om meer herstelondersteunend te denken of te werken zijn welkom. Ervaringsdeskundigen, in samenwerking met cliënten uit de organisatie, kunnen daarbij een actieve rol spelen. Daarbij is het altijd belangrijk vooraf het doel van de bijeenkomst te bepalen en het programma goed voor te bereiden.

8 Begintraject op organisatieniveau

In dit hoofdstuk gaat het vooral om de projectstructuur en het is daardoor technischer dan de andere hoofdstukken. Implementatiemethoden zijn doorgaans wat onderbelicht bij de invoering van herstelondersteunende zorg, hoewel ze uitermate belangrijk zijn. Aan bod komen activiteiten die het implementatietraject faciliteren, zoals draagvlak creëren, de projectstructuur, een projectleider aanstellen, een projectteam vormen, het opstellen van een project- en communicatieplan en het leren werken volgens de welbekende kwaliteitscyclus: plan, do, study, act (PDSA-methodiek). Dit zijn activiteiten die organisatiebreed moeten worden uitgevoerd en waarbij dus zowel cliënten als medewerkers betrokken zijn. Het management moet dit proces stimuleren en ondersteunen. Daarnaast beschrijven we hoe op organisatieniveau evaluaties en metingen kunnen worden verricht om een goed beeld te krijgen van de voortgang. We starten dit hoofdstuk met de inzet van ervaringsdeskundigen: het is essentieel om vanaf het allereerste begin in te zetten op het werken met en vanuit ervaringsdeskundigheid binnen de organisatie. Hierover moet een visie en beleid worden ontwikkeld.

8.1 Inzetten van ervaringsdeskundigen

Bij herstelondersteunende zorg is de inzet van ervaringsdeskundigheid van groot belang. De herstelbeweging stelt dat mensen met psychische handicaps bij hun herstel het meest ondersteund worden door ervaringsdeskundigen: mensen die geleerd hebben om hun ervaringskennis in te zetten ten behoeve van anderen. Ervaringsdeskundigen zijn het levende voorbeeld van hoop en empowerment.

Veel instellingen hebben in de eerste fase van het implementatietraject nog geen eigen ervaringsdeskundigen en nodigen daarom ter zake deskundige mensen uit van buitenaf. Het is echter ook van belang dat mensen binnen de eigen organisatie van het begin af aan de gelegenheid krijgen om hun ervaringen om te zetten in ervaringskennis en door te groeien naar ervaringsdeskundige. Dit is vaak een traject van jaren. Ervaringsdeskundigen kunnen in de beginfase worden ingezet op verschillende gebieden: meewerken in de voorlichting aan cliënten en medewerkers, adviseren over de koers van het implementatietraject en deelname aan discussies over visieontwikkeling op verschillende niveaus. Ook maken ervaringsdeskundigen deel uit van het projectteam. Zij kunnen worden gezien als de 'draggers' van het traject. Het is belangrijk om van meet af aan ruimte te bieden voor het proces van empowerment, zodat een 'olievlek' van ervaringsdeskundigheid kan ontstaan binnen de organisatie. Onder de medewerkers zal vooraf aandacht moeten worden besteed aan het werken met ervaringsdeskundigen, om eventuele weerstanden of onduidelijkheden te verminderen en de weg vrij te maken voor de nieuwe collega's.

In de ggz wordt ervaringskennis op verschillende manieren ingezet: voor medezeggenschap en belangenbehartiging, zelfhulp en herstel, voorlichting, training, onderzoek en kwaliteitsmonitoring, en individuele hulpverlening. Het doel en de betekenis van de inzet van ervaringsdeskundigen blijken in de praktijk vaak niet helder te zijn. Ook werken de ervaringsdeskundigen dikwijls zonder functieomschrijving, hebben zij een onduidelijke functieomschrijving of kunnen zij niet met hun functieprofiel uit de voeten. Dit leidt tot het ervaren van knelpunten bij zowel de ervaringsdeskundigen als de werkgevers. Bovendien wordt het doel dan niet bereikt. Het is dus van belang dat over deze randvoorwaarden goed wordt nagedacht en een heldere visie wordt geformuleerd op de inzet van ervaringsdeskundigen. Het doel van ervaringsdeskundige inzet is primair: het bijdragen aan en ondersteunen van de persoonlijke herstelprocessen van cliënten. Dit kan enerzijds door herstelcoaching van cliënten zelf, anderzijds door hulpverleners en beleidsmakers te adviseren hoe zij de zorg kunnen verbeteren zodat deze herstelondersteunend wordt. De rol van de ervaringsdeskundige is die van bondgenoot van de cliënt. Het is zijn kracht om cliënten te ondersteunen zichzelf te helpen.

Ten slotte is het van belang te realiseren dat de inzet van ervaringsdeskundigheid een vak apart is. Niet iedere cliënt is per definitie ervaringsdeskundig of voelt zich daartoe geroepen. Het vergt bovendien veel tijd om je te ontwikkelen tot ervaringsdeskundige en daarin door te groeien. Ook is niet iedere ervaringsdeskundige geschikt voor elke rol. Afhankelijk van de kwaliteiten, opleiding en interesse van de ervaringsdeskundige kan besloten worden bij welke onderdelen van het implementatietraject hij het beste ingezet kan worden. Dit kan bijvoorbeeld uiteenlopen van het geven van herstelwerkgroepen aan cliënten tot het adviseren van managers en behandelaars. Voor meer informatie over de inzet van ervaringsdeskundigheid verwijzen we naar LIVE, het Landelijk steunpunt Inzet Van Ervaringsdeskundigheid in de ggz (www.live-ervaringsdeskundigheid.nl). Ook zal in 2012 een handreiking verschijnen over dit onderwerp (Boertien e.a., in voorbereiding).

8.2 Draagvlak creëren

De implementatie van herstelondersteunende zorg heeft pas kans van slagen als er voldoende medestanders zijn die de ideeën een warm hart toedragen. Het gaat om veranderingen die ingrijpen op de cultuur en de manier van handelen binnen de organisatie. Een paradigma dat gericht is op het terugdringen van stoornissen wordt getransformeerd naar een paradigma dat gericht is op het bieden van ondersteuning bij herstel. Dit heeft onder meer gevolgen voor de verhoudingen tussen cliënten en medewerkers, de rol van cliënten en de attitude van medewerkers. Niemand kan om die veranderingen heen. Belangrijk is dan ook om de plannen in een vroeg stadium met het management te bespreken. De implementatie van herstelondersteunende zorg is te omvangrijk om 'er even bij te doen'. Het heeft impact op alle terreinen en alle lagen van de organisatie en vraagt om een projectmatige aanpak. Draagvlak vanuit het manage-

ment is daarom noodzakelijk. Daarnaast is initiatief van cliënten of ervaringsdeskundigen en steun van collega's nodig om de veranderingen door te kunnen voeren.

Als het idee om met herstelondersteunende zorg aan de slag te gaan naar voren is gebracht door een groepje cliënten of ervaringsdeskundigen, zal het niet zo moeilijk zijn om draagvlak te creëren onder de cliënten. Veelal zal het initiatief tot het project echter liggen bij het management of de hulpverleners. Dit mag er niet toe leiden dat cliënten het implementatietraject gaan zien als iets van de hulpverleners waar zij zelf geen aandeel in hebben. Vanaf het begin moet daarom ruimte geboden worden aan cliënten om in het traject te participeren en aan te geven hoe zij het liefst ondersteund willen worden bij hun herstel. In hoofdstuk 6 stonden we stil bij de activiteiten die op cliëntniveau kunnen plaatsvinden. Ook moet zoveel mogelijk worden aangesloten bij de cliëntinitiatieven die er al zijn. De inzet van ervaringsdeskundigen is hierbij belangrijk; zij kunnen een verbindende rol spelen. Als de cliënten niet achter de opzet van het implementatietraject staan, heeft het geen enkele zin ermee te starten en zal als eerste daarin geïnvesteerd moeten worden.

Medewerkers moeten bereid zijn te luisteren naar cliënten en op zoek te gaan naar hoe zij het herstel van cliënten het best kunnen ondersteunen. Dit kan betekenen dat zij hun persoonlijke attitude moeten bijstellen. Het creëren van betrokkenheid en draagvlak vraagt daarom veel aandacht.

Draagvlak creëren

Goede en strategische communicatie kan het draagvlak bij de verschillende partijen vergroten. In hoofdstuk 8.9 wordt uitgebreid ingegaan op communicatie. Ook de volgende aanwijzingen kunnen helpend zijn (naar Bovenberg & Van de Lindt, 2008):

- *alle medewerkers en cliënten op de hoogte stellen van de veranderingen, ook bijvoorbeeld de parttime arts en de ondersteunende functies (bv. de secretaresse);*
 - *zo veel mogelijk medewerkers en cliënten bij de verandering betrekken;*
 - *de projectteamleden voorzien van de middelen, tijd en scholingsmogelijkheden om de verandering tot stand te brengen;*
 - *medewerkers aanspreken die de verandering lijken te belemmeren of zelfs blokkeren;*
 - *initiatieven belonen die binnen de gewenste veranderingen passen;*
 - *kortetermijnsuccessen genereren en deze vieren.*
-

8.3 Opzetten projectstructuur

Op het moment dat duidelijk is dat er voldoende draagvlak is voor een project herstelondersteunende zorg, dient een goede projectstructuur opgebouwd te worden zodat het project stevig verankerd wordt in de organisatie. Implementeren geeft aan dat een goed idee op procesmatige en planmatige wijze wordt ingevoerd. Aldus dient een goed implementatieproces garant te staan voor een goede en flexibele uitvoering en verankering. Dit voorkomt dat een veelbelovend initiatief niet tot wasdom kan komen of halverwege strandt in goede bedoelingen maar te weinig daadkracht en voortvarendeheid. Een project heeft als voordeel dat het een status aparte krijgt toegekend en dat er extra inspanningen geleverd gaan worden om de doelen te realiseren. Tevens wordt er extra geld voor vrijgemaakt, bijvoorbeeld om een projectleider vrijgestelde uren te bieden, ervaringsdeskundigen op te leiden, scholing voor medewerkers aan te bieden en herstelactiviteiten op te zetten.

Een project wordt gemarkeerd door een duidelijk beginpunt en eindpunt. Na afloop wordt de projectstatus weliswaar opgeheven maar worden de activiteiten ingebed en verankerd in de reguliere organisatie, waarna het projectteam wordt opgeheven. We besteden in een apart hoofdstuk aandacht aan de verankering.

Nog voor er goed en wel sprake is van een implementatietraject, is er meestal een initiatiefgroep gevormd. Als het goed is verkrijgt de initiatiefgroep het mandaat van de directie om een plan op te stellen of de eerste contouren daarvan. Het plan moet gestoeld zijn op een duidelijke visie en omvat duidelijke doelstellingen. Het is belangrijk om draagvlak te verkrijgen voor het uiteindelijke plan en het kan daarom worden voorgelegd aan diverse gremia, zoals de cliëntenraad, ondernemersraad, managementteam en directie. Tevens is het van belang om een stuurgroep in te stellen en het plan daaraan voor te leggen. In de stuurgroep zijn cliënten/ervaringsdeskundigen, management en directie vertegenwoordigd. De besluitvorming vindt daar plaats. De stuurgroep geeft een opdracht aan de initiatiefgroep en is het aangewezen orgaan om het projectplan te fiatteren en van de benodigde middelen te voorzien. Indien het projectplan groen licht heeft gekregen zal een projectteam (trekkersgroep) worden samengesteld met een projectleider. Het is goed mogelijk dat een aantal deelnemers van de initiatiefgroep plaatsneemt in de projectgroep. Het is ook voorstelbaar dat de deelnemers van de initiatiefgroep juist geen zitting nemen in de projectgroep maar een klankbordgroep vormen om het project kritisch te volgen. In een dergelijke klankbordgroep of reflectiegroep verdienen ervaringsdeskundigen een belangrijke plaats.

Zojuist hebben we nadruk gelegd op de formele projectstructuur. De stuurgroep, initiatiefgroep, projectgroep en reflectiegroep nemen daarbij een niet weg te denken plaats in. De projectstructuur moet goed verbonden worden met de lijnstructuur, zodat er verbondenheid ontstaat met het project. Managers en lijnfunctionarissen hebben daarbij een belangrijke rol. Het projectmanagement (stuurgroep en projectleider) heeft tot taak om de visie breed uit te dragen. Het is de taak van het lijnmanagement om deze visie te vertalen in concrete werkprocessen. In jaarplannen moet dit een goede plaats

krijgen. De verbinding tussen project en lijnstructuur kan op verschillende manieren tot stand komen. Vaak wordt een organisatiebrede startbijeenkomst georganiseerd om een toelichting te geven op het project en in kleinere groepen discussies te voeren. Op afdelingsniveau of binnen teams kan eveneens een werkbijeenkomst worden georganiseerd om zo bij te dragen aan visievorming en verbreding van draagvlak. Mensen vanuit de projectgroep en de reflectiegroep kunnen hiervoor worden uitgenodigd. Te denken valt aan een aparte teammiddag, maar uiteraard kunnen ook de reguliere teambesprekingen worden bijgewoond door leden van de projectgroep of reflectiegroep. Het is vooral belangrijk dat lijnfunctionarissen het belang van het implementatieproject onderschrijven en dat zij vervolgens zoeken naar een manier die het beste past bij de afdeling om herstelondersteunende zorg onder de aandacht te brengen en de kennis daarover en feeling daarvoor te vergroten. En uiteraard kunnen lijnfunctionarissen daarvoor een beroep doen op het projectteam. Het projectteam draagt immers de zorg voor de uitvoering.

8.4 Een projectteam vormen

Op het moment dat de stuurgroep het plan voor de implementatie van herstelondersteunende zorg ondersteunt en accordeert, kan een projectteam worden gevormd. Dit team gaat het project trekken en probeert de verbeteringen op het gebied van herstelondersteunende zorg door te voeren. Het is van belang om goed na te denken over de samenstelling van het projectteam. Omdat de implementatie van herstelondersteunende zorg niet beperkt zal blijven tot het handelen van één beroepsgroep en een breed draagvlak nodig is, kan het team het beste multidisciplinair worden samengesteld. Daarnaast is het belangrijk dat de teamleden geloof hebben in herstelondersteunende zorg en in staat zijn om anderen te enthousiasmeren.

Wij adviseren om een projectteam uit ca. zeven personen te laten bestaan, onder wie een projectleider, twee of meer ervaringsdeskundigen, twee of meer begeleiders/verpleegkundigen, een behandelaar of stafmedewerker en een vertegenwoordiger van de familieleden. De projectleider kan een teammanager of zorgcoördinator zijn, maar ook een ervaringsdeskundige, hulpverlener of een stafmedewerker. In elk geval is het van belang dat er goede afspraken zijn met het lijnmanagement over verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheid.

De leden van het projectteam houden contact met hun eigen achterban en betrekken zonodig deskundigen of belangrijke collega's die de veranderingen mede kunnen dragen of kunnen uitvoeren. De ervaringsdeskundige projectteamleden zorgen voor regelmatig contact met de cliënten. Voorkomen moet worden dat cliënten ondersneeuwen in de situatie omdat er geen sterk initiatief vanuit cliëntengroepen ligt. Het is daarom belangrijk de cliëntenraad te betrekken of een groep te vormen van cliënten die meedenken. Dit kan in de vorm van een reflectiegroep of in werkgroepen rond verschillende thema's. Gegarandeerd moet worden dat de veranderingen vooral door cliënten bepaald worden. Er dient daarom een nauwe samenwerking te zijn tussen de cliëntengroepen en het projectteam.

8.5 Rollen en taken van de projectleider

De projectleider heeft een cruciale rol in het implementatietraject. Gedurende het traject wordt veel van hem verwacht. De projectleider heeft verschillende taken en alles bij elkaar een omvangrijk takenpakket. Hij is degene die alle touwtjes in handen heeft en een spilfunctie vervult. Dat draagt ook een zeker risico in zich. Valt de projectleider weg, dan valt het project vaak (gedeeltelijk) stil. Het is dan ook zaak om verantwoordelijkheden te delen en het management medeverantwoordelijk te maken voor de continuïteit van het implementatietraject.

De projectleider heeft diverse rollen en verantwoordelijkheden. De volgende zijn te onderscheiden: organisator, aanjager en aanstuurder, procesbewaker en spin in het web.

Organisator

Vooraf in het begin van een implementatietraject wordt een beroep gedaan op het organisatietalent van de projectleider. Er moet een nieuw project uit de klei worden getrokken en alle zeilen moeten worden bijgezet. Het is bijvoorbeeld belangrijk om een goede projectorganisatie in te richten met duidelijke communicatielijnen en overlegstructuren. Dit vergt inhoudelijk denkwerk maar ook organisatorische vaardigheden. Een kleine opsomming van wat er moet gebeuren: het samenstellen van een projectteam, data bepalen waarop het team vergadert, de overlegagenda opstellen, vergaderruimte beleggen, structureel overleg met de manager regelen etc. Bovendien zullen zich regelmatig onverwachte zaken voordoen waarop direct moet worden ingesprongen. Niet zelden zal de projectleider het gevoel bekruipen dat hij een groot deel van de tijd met regelzaken bezig is.

Aanjager en aanstuurder van het project

De projectleider vervult een rol als initiatiefnemer. Dikwijls is hij degene die bij het management het thema herstelondersteunende zorg onder de aandacht heeft gebracht. In het andere geval is de projectleider door het management gevraagd om de projectleiding op zich te nemen. De projectleider is inhoudelijk de aanjager en aanstuurder van het project. Hij heeft als taak om een projectplan op te stellen en daaraan mede-uitvoering te geven. Daarbij is het van belang dat het plan op brede steun kan rekenen. De andere projectteamleden, cliënten en ervaringsdeskundigen moeten daarom van begin af aan worden betrokken bij het bepalen van de projectdoelen. Tevens moet er een duidelijke lijn zijn naar het management zodat zij zich committeren aan het projectplan. Ook het bewaken van de voortgang behoort tot de taken van de projectleider.

Procesbewaker

In de rol van procesbewaker wordt van de projectleider verwacht dat hij met enige afstand het verloop van het implementatietraject kan overzien en opmerkt welke dingen goed of minder goed verlopen. Indien er zaken moeten worden bijgesteld, zal de projectleider het initiatief daartoe nemen. Daadkracht is daarmee een belangrijke

eigenschap. Verder is het nodig dat de projectleider hoofd- en bijzaken goed weet te onderscheiden en prioriteiten kan stellen.

Het implementatietraject moet niet verzanden in een gebrek aan daadkracht maar moet evenmin ten onder gaan aan een overdaad aan activiteiten. Als procesbewaker zal de projectleider voortdurend een goede balans moeten aanbrengen in de dynamiek van het project. De projectleider werkt nauw samen met de ervaringsdeskundigen en cliënten en zorgt ervoor dat cliënten de ruimte te krijgen om zich in hun eigen tempo te ontwikkelen. Hij ziet erop toe dat de ontwikkelingen niet sneller gaan dan de cliënten kunnen bijhouden.

Spin in het web

De projectleider is een soort duizendpoot die oog houdt voor allerlei aspecten en contact onderhoudt met veel verschillende mensen. Het komt erop aan om alle lijntjes goed vast te houden gedurende het project en vooral: met elkaar te verbinden zodat alle activiteiten met elkaar in de pas lopen. Zo onderhoudt de projectleider contact met cliënten(raden), het management, het projectteam en medewerkers op de afdeling of woonvorm. Informatie en communicatie zijn belangrijke voorwaarden om bij collega's en anderen enthousiasme te creëren voor het project.

Samenvattend kan gesteld worden dat de projectleider meerdere rollen tegelijkertijd heeft. Er wordt een appel gedaan op diverse eigenschappen: praktische organisatorische vaardigheden, daadkracht, abstractievermogen, relativerend vermogen en vooral ook enthousiasme en verbindend vermogen. Een HBO werk- en denkniveau is noodzakelijk. Uiteraard is het belangrijk dat de projectleider inhoudelijk voldoende kennis in huis heeft. Factoren die het succes van een projectleider kunnen bevorderen, zijn: voldoende tijd, voldoende bevoegdheid om te sturen, een korte lijn met het management, een methodische aanpak en een goede balans tussen betrokkenheid en afstand (inhoud – proces).

Taken van de projectleider per fase van het implementatietraject

Vorbereidingsfase:

- *afstemming met het management*
- *afstemming met cliënten(vertegenwoordigers)/ervaringsdeskundigen*
- *noodzakelijke randvoorwaarden creëren (tijd/geld)*
- *commitment bewerkstelligen op de afdeling*
- *samenstellen projectteam*
- *organiseren van de bijeenkomsten van het projectteam*
- *informerende van overige medewerkers*
- *informatie verkrijgen: SWOT-analyse en ROPI organiseren*
- *doelen helder krijgen*
- *verwachtingen over en weer afstemmen*
- *projectplan en communicatieplan opstellen*
- *draagvlak creëren voor het projectplan*

Uitvoeringsfase:

- *uitvoeren projectplan*
- *veranderingen doorvoeren*
- *resultaten tussentijds evalueren*
- *activiteiten bijstellen of nieuwe activiteiten opstarten*
- *communicatieplan uitvoeren*
- *regelmatig overleg met management*
- *enthousiasmeren teamleden*
- *project aansturen*
- *bewaken van de voortgang*

Fase van borging en verspreiding:

- *inspirator voor andere afdelingen*
 - *successen vieren*
 - *successen bekendmaken en verspreiden*
 - *projectresultaten uitbouwen*
 - *verdere verspreiding*
-

8.6 Steun van het management

De projectleider gaat de kar trekken, maar kan dit niet zonder steun van het management, inclusief directie of Raad van Bestuur. Het management heeft de taak om de projectteamleden te faciliteren in tijd en middelen en ruimte te scheppen voor creativiteit en veranderingen. Het management moet het implementatietraject voortdurend onder de aandacht brengen van anderen in de organisatie. Ook zullen de doelstellingen van het traject verbonden moeten worden aan het instellingsbeleid. Het is belangrijk dat de managers de ontwikkelingen volgen en regelmatig bijeenkomsten bijwonen, zodat zij betrokken blijven bij het traject. Verder is het hun taak om vanaf het begin mee te denken over de verankering van de resultaten. Het management neemt verantwoordelijkheid voor een vervolg op het project, zodat de resultaten niet verloren gaan.

8.7 Voorbereidingen op het projectplan

Ter voorbereiding op het maken van plannen is het belangrijk om een scherp beeld te krijgen van wat goed en minder goed gaat op een afdeling of woonvorm wat betreft herstelondersteunende zorg. Als hulpmiddelen kunnen hierbij de SWOT-analyse en de ROPI worden ingezet.

SWOT-analyse

SWOT staat voor Strengths (sterke punten), Weaknesses (zwakke punten), Opportunities (kansen) en Threats (bedreigingen). De SWOT-analyse is een bedrijfskundig model

waarbij de sterke en zwakke punten tegenover elkaar worden gezet. Zie de matrix in figuur 4. De sterke en zwakke punten betreffen de positieve en negatieve kenmerken van de organisatie. De kansen en bedreigingen liggen in de externe omgeving, bijvoorbeeld (landelijke) ontwikkelingen of gebeurtenissen die de organisatie in positieve of negatieve zin kunnen beïnvloeden. Om de kansen te benutten, moet gebruik worden gemaakt van de sterke punten. Ook is het belangrijk om na te gaan hoe de zwakke punten verbeterd of gecompenseerd kunnen worden.

Figuur 4. SWOT-analyse

Sterke punten (strengths) Wat doen we goed? Waarin onderscheiden we ons van anderen? Wat zien anderen als onze sterke kanten?	Zwakke punten (weaknesses) Wat gaat niet goed? Wat kunnen we verbeteren? Wat zullen anderen als zwakke punten zien?
Kansen (opportunities) Welke kansen doen zich voor? Hoe kunnen we gebruik maken van de sterke punten? Zijn er gunstige ontwikkelingen?	Bedreigingen (threats) Welke belemmeringen zien we voor veranderen? Zijn er zwakke punten die echt een bedreiging vormen? Welke tegenwerking kunnen we verwachten? Zijn we deskundig genoeg?

Uit de SWOT-analyse komt een aantal conclusies naar voren waarop het projectteam kan inspelen bij het formuleren van specifieke doelen in het projectplan. Hoe meer de SWOT-analyse is gericht op het thema Herstelondersteunende zorg, des te bruikbaar de uitkomsten zijn voor het implementatietraject. Focus daarom op de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen die direct gerelateerd zijn aan het herstel van cliënten. De organisatie is bijvoorbeeld sterk in zorgvuldige medicatieverstrekking. Dat is belangrijk, maar niet direct relevant voor herstel. Beter is het om bijvoorbeeld in kaart te brengen hoe herstelondersteunend de attitude is van medewerkers en hoe ervaringsdeskundigen bij herstelondersteuning worden ingezet (figuur 5). Doelen hoeven niet alleen gebaseerd te worden op de zwakke punten van de organisatie; ook het grijpen van kansen en versterken van de krachten kunnen als uitgangspunt worden genomen.

Figuur 5. Voorbeeld SWOT-analyse voor herstelondersteunende zorg

Sterke punten (strengths) Visie op herstel Betrokken management Alle medewerkers zijn getraind in rehabilitatie. Een ervaringsdeskundige in dienst Actieve cliëntenraad	Zwakke punten (weaknesses) Geen helder beleid rond inzet ervaringsdeskundigen. Er heerst een cultuur van 'zorgen voor'. Op afdelingsniveau is er weinig medezeggenschap geregeld. Dagbesteding is meer aanbodgericht dan vraaggericht.
Kansen (opportunities) Veel jonge medewerkers, staan open voor veranderingen. Verhuizing afdeling naar nieuwbouwwijk	Bedreigingen (threats) Bezuinigingen Groot verloop van personeel

Een SWOT-analyse kan op verschillende manieren worden uitgevoerd. Het ligt voor de hand om een SWOT-analyse binnen het projectteam te doen, maar een bredere insteek heeft de voorkeur. Idealiter geven cliënten en naastbetrokkenen zelf aan wat de sterke en zwakke punten van de instelling zijn, vanuit herstelondersteunend perspectief. Dit kan door middel van individuele gesprekken en groepsbijeenkomsten (bv. huiskamerbesprekingen). Ook kan het voltallige (multidisciplinaire) team bij de SWOT worden betrokken.

Ook al lijken de knelpunten op voorhand nog zo duidelijk, een uitgebreide SWOT-analyse levert een gedetailleerder beeld op van de beginsituatie. Daardoor kunnen de doelen beter worden afgestemd op de knelpunten zoals die vanuit verschillende perspectieven ervaren worden. Een ander voordeel van deze aanpak is dat de verschillende partijen (hulpverleners, cliënten, naastbetrokkenen, managers) al in een vroeg stadium meedenken over de problemen en de oplossingsrichtingen. Dit zal de procesgang bevorderen.

Concreet kan men bij de uitvoering van een SWOT-analyse als volgt te werk gaan:

- Neem de matrix van figuur 4 over op een flip-over.
- Voer de SWOT-analyse uit met de betrokkenen. Ieder schrijft zijn/ haar ideeën over de sterke en zwakke punten, kansen en bedreigingen van het team op post-it geeltjes en plakt deze in de matrix op de flip-over.
- Na een plenaire discussie maakt de projectleider de definitieve versie. Deze vormt, samen met de beginmeting, de input voor het implementatietraject.

Beginmeting ROPI

De Recovery Oriented Practices Index (ROPI) is een instrument waarmee een indicatie kan worden verkregen van de mate van herstelondersteunende zorg. Naast de SWOT-analyse kan een beginmeting met de ROPI inhoudelijke input opleveren voor het implementatietraject. De uitkomsten op de verschillende items maken duidelijk op welke

gebieden verbeteringen nodig zijn om het herstel van cliënten zo optimaal mogelijk te ondersteunen.

De ROPI is ontwikkeld door het New York State Office of Mental Health (Mancini & Finnerty, 2005). Het Trimbos-instituut heeft het instrument vertaald en bewerkt voor de Nederlandse situatie. In 2011 is de Nederlandse handreiking verschenen (Hendriksen-Favier, Van Rooijen & Rijkaart) met versies voor verblijfsafdelingen, beschermen-de woonvormen en ambulante teams. De ROPI is opgebouwd uit acht dimensies van herstelondersteunende zorg:

1. tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes
2. breed aanbod van diensten
3. sociale contacten en participatie
4. medezeggenschap en participatiemogelijkheden
5. zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt
6. cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden
7. zelfbepaling van de cliënt
8. focus op herstel en ervaringsdeskundigheid

Elke dimensie bestaat uit twee tot vijf items, waarbij enkele criteria zijn geformuleerd. Afhankelijk van het aantal criteria waaraan een team voldoet, wordt een score toegekend op een vijfpuntsschaal. Om de ROPI-scoreformulieren te kunnen invullen, wordt op verschillende manieren informatie verzameld: door interviews met medewerkers, een cliëntenpanel, en inzage van visiedocumenten, brochures en geanonimiseerde behandel- en begeleidingsplannen.

De ROPI wordt in principe afgenomen door twee externe auditoren, maar kan onder bepaalde voorwaarden ook door interne auditoren worden afgenomen. Om de kwaliteit van afname te waarborgen, is het belangrijk dat auditoren een training volgen en voldoen aan de overige eisen zoals beschreven in de Handreiking van de ROPI.

Door de ROPI op verschillende momenten af te nemen, kan worden gevolgd in hoeverre herstel centraal staat in de behandeling, begeleiding en bejegening. Het instrument is dus zeer geschikt voor het monitoren van de voortgang tijdens een implementatietraject herstelondersteunende zorg. De ROPI betreft met name een procesmeting; om een volledig beeld te krijgen dient men ook uitkomsten te meten op cliëntniveau, zoals beschreven in hoofdstuk 6.5.

8.8 Een projectplan opstellen

Op basis van de uitkomsten van de SWOT-analyse en/of de ROPI kan vervolgens een projectplan worden opgesteld. In het plan komt aan de orde wat op de drie onderscheiden niveaus (cliënten, medewerkers, organisatie) zal worden georganiseerd. Het is vaak raadzaam om een organisatiebreed plan op te stellen en als afgeleide daarvan aparte plannen op afdelings- en teamniveau. In een projectplan dienen de volgende onderwerpen aan de orde te komen:

Achtergronden en context

Het is belangrijk om te beginnen met een schets van de context. Hoe breed wordt het project opgezet? Welke locaties gaan meedoen aan het implementatietraject? Hoe zijn deze gepositioneerd in de organisatie? Hoe ziet de cliëntengroep eruit? Wat is de aanleiding voor de start van het implementatietraject? In dit onderdeel kunnen ook de uitkomsten van de SWOT beschreven worden: wat gaat al goed en wat gaat minder goed in relatie tot herstelondersteunende zorg? Het gaat erom de beginsituatie zo volledig mogelijk vast te leggen.

Doelen, werkwijze en planning

Dit onderdeel is het feitelijke werkplan. In het werkplan beschrijft de projectleider aan welke doelen men wil gaan werken gedurende een afgebakende periode. Belangrijk is om dit zo SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden) mogelijk te doen. Van doelen die te globaal en te weinig concreet geformuleerd zijn, valt achteraf moeilijk te bepalen of ze ook daadwerkelijk gerealiseerd zijn. Doelen die te groots zijn geformuleerd, zullen zeer waarschijnlijk niet worden behaald, waardoor aan het einde van het implementatietraject wellicht ten onrechte de conclusie wordt getrokken dat het niet succesvol is geweest. Doelen worden vaak beschreven als 'iets dat uitgevoerd moet worden', bijvoorbeeld 'het ontwikkelen van een nieuw, herstelondersteunend format voor het behandelplan'. Deze beschrijving is niet resultaatgericht; het is meer een middel om een doel te bereiken. Een betere formulering zou kunnen zijn: '30% van de cliënten heeft op 1 januari 2013 een behandelplan volgens het nieuw ontwikkelde format'. Het is belangrijk goed onderscheid te maken tussen SMART doelen en uit te voeren acties/middelen om die doelen te realiseren. Het beschrijven van acties is een volgende stap in het verbeterproces.

SMART	Toelichting
Specifiek	Formuleer doelstellingen in termen van specifieke resultaten die je wilt behalen, niet in activiteiten die nodig zijn om dit te bereiken (met andere woorden: output in plaats van input).
Meetbaar	Bepaal welke criteria je gaat gebruiken om succes te beoordelen. Maak de doelstellingen zo concreet en specifiek mogelijk, bijvoorbeeld uitgedrukt in tijd/hoeveelheid/kwaliteit/kosten.
Acceptabel	Geef cliënten, medewerkers en teams de kans om de doelstellingen te bespreken en zo mede-eigenaar te worden in plaats van ze op te leggen.
Realistisch (=haalbaar)	Kies doelen waar voldoende ambitie uit blijkt (zodat talenten benut worden en resultaten behaald worden waar men trots op kan zijn), maar die ook niet te moeilijk of onhaalbaar zijn (zodat mensen/teams afhaken). Houd rekening met voorgaande prestaties bij het beoordelen van de haalbaarheid. Zorg dat de doelstelling realistisch is met het oog op de beschikbare middelen en andere prioriteiten.
Tijd(gebonden)	Bepaal een datum waarop de doelstelling bereikt moet zijn en benoem ook tussentijdse mijlpalen en evaluatiepunten. Kies een goede tijdsduur op basis van de complexiteit van de taak.

Om in de loop van het implementatietraject te kunnen bepalen of je op het goede spoor zit, kan het zinvol zijn om de gestelde doelen te vertalen naar prestatie-indicatoren. De prestatie-indicatoren moeten zorgvuldig gedefinieerd zijn, zodat er geen misverstanden kunnen ontstaan over wat ermee bedoeld wordt. Ze worden beschreven in termen van percentages, tijd, aantal, duur etc.

Bij het thema herstelondersteunende zorg is het echter niet altijd eenvoudig om te komen tot prestatie-indicatoren. In de eerste fase van het implementatietraject is vooral bewustwording belangrijk, wat niet zo SMART is uit te drukken. Ook een attitudeverandering is moeilijk meetbaar te maken. Prestatie-indicatoren dienen dus alleen gebruikt te worden als de doelstelling zich er voor leent en ze helpend zijn om te bepalen of de doelen zijn behaald.

Voorbeelden SMART doelstellingen en prestatie-indicatoren

Doelstelling: De medewerkers van de locaties X en Y kennen in 2013 de betekenis van de begrippen herstel en herstelondersteunende zorg.

Prestatie-indicator: 95% van de medewerkers van de afdelingen X en Y heeft voor 1 januari 2013 scholing ontvangen in herstel en herstelondersteunende zorg.

Doelstelling: De cliënten van de locaties X en Y krijgen vanaf 2013 de mogelijkheid om samen met andere cliënten en ervaringsdeskundigen aan het eigen herstel te werken.

Prestatie-indicator: In januari 2013 start op elke locatie een herstelwerkgroep onder leiding van ervaringsdeskundigen.

Als de doelen en bijbehorende prestatie-indicatoren bepaald zijn, dienen de activiteiten beschreven te worden die uitgevoerd gaan worden om de doelen te behalen. Wat gaan de projectteamleden precies doen om de doelen te bereiken? Wanneer moeten de acties afgerond zijn? En wie gaan de acties uitvoeren?

Projectstructuur

Het succes van een implementatietraject hangt voor een groot deel af van de organisatie ervan. Er kunnen nog zulke heldere doelen zijn geformuleerd, maar als er binnen het projectteam geen heldere taakverdeling is (waardoor alle lasten op dezelfde schouders neerkomen), er te weinig vergaderd wordt (bijvoorbeeld omdat er geen heldere afspraken zijn gemaakt over het aantal uren dat de leden van het projectteam mogen besteden aan het traject) of er geen regelmatige afstemming is met het (team)management, is de kans op het succesvol afronden van het implementatietraject gering.

In dit onderdeel dienen dus de volgende punten aan de orde te komen: Hoe is de

samenstelling van het projectteam? Hoe vaak komt het bijeen? Hoe is de onderlinge taakverdeling? En wie is contactpersoon vanuit de lijn en eventueel vanuit de staf?

Randvoorwaarden

Voordat gestart wordt met de uitvoering van de geplande activiteiten, is het belangrijk om goed na te denken over de noodzakelijke randvoorwaarden. Wat heeft het projectteam nodig om het implementatietraject tot een succes te maken? Denk daarbij in ieder geval aan de factor tijd. Een projectleider zal minimaal vier uur per week nodig hebben om aan het implementatietraject te werken, voor de andere leden is twee uur per week reëel. Als het projectteam bestaat uit hulpverleners die in roosterdienst werken, zullen deze moeten worden uitgeroosterd voor het aantal uren dat zij aan het implementatietraject mogen werken.

Denk ook aan de benodigde financiële middelen. Vaak wordt gezegd dat werken aan kwaliteitsverbetering geen geld hoeft te kosten. Soms is dat ook zo. Maar bij herstelondersteunende zorg gaat het om grote veranderingen, waarvoor scholing nodig is, facilitering van herstelactiviteiten en andere investeringen, zoals het afleggen van werkbezoeken aan andere instellingen, het bezoeken van conferenties of het organiseren van themabijeenkomsten. Hiervoor is een budget noodzakelijk (zie ook hfdst 13.8).

Ten slotte is het van belang dat de projectleider expliciet maakt wat hij van het lijnmanagement en eventueel van de staf verwacht en nodig heeft. Misschien wil hij met de teamleiders afspreken dat hij op elke teamvergadering een half uur tijd krijgt om collega's te informeren over het verloop van het implementatietraject. Het kan ook zijn dat hij een stafmedewerker wil laten participeren in het projectteam, of regelmatig met hem of haar wil 'sparen' over de voortgang.

Communicatie

Bij ieder projectplan hoort ook een communicatieplan. In het volgende hoofdstuk gaan we daar uitgebreid op in.

Borging en verspreiding

Het is verstandig om in de voorbereidingsfase alvast na te denken over borging en verspreiding van resultaten en de eerste ideeën en afspraken hierover in een plan vast te leggen. De ideeën kunnen in de loop van het implementatietraject nader worden uitgewerkt. In deel IV gaan we uitgebreid in op het borgen en verspreiden van resultaten.

Een format voor een projectplan is als voorbeeld opgenomen in bijlage I. Voordat kan worden overgegaan tot de uitvoering van de geplande acties, dient het projectplan te worden goedgekeurd door het management.

8.9 Het belang van communicatie

Het doorvoeren van veranderingen is niet mogelijk zonder goede communicatie. Bij implementatietrajecten gaat het immers om mensenwerk. Als projectteam heb je te maken met diverse betrokken partijen: collega's, cliënten, naastbetrokkenen, managers en collega's van andere afdelingen of organisaties. Hun medewerking en steun zijn noodzakelijk voor een geslaagd implementatietraject, maar helaas zijn mensen meestal niet vanzelf enthousiast en bereidwillig voor veranderingen. Motivatie laat zich per definitie niet afdwingen. Wel zal deze toenemen naarmate de betrokkenen meer het belang inzien van de verbeteringen en wanneer de gestelde doelen voor hen relevant en haalbaar zijn. Een juiste, doordachte communicatie is daarom van cruciaal belang en moet gedurende het hele implementatietraject een punt van aandacht blijven.

De kunst van goede communicatie is het inleven in de belevingswereld van de ontvanger. Het projectteam moet voortdurend bedenken wat de boodschap betekent voor de doelgroepen, welke kennis zij al hebben en hoe zij het beste benaderd kunnen worden. Houd er rekening mee dat een nieuwe situatie onzekerheid met zich meebrengt voor de betrokkenen. Zowel voor medewerkers als cliënten kan het moeilijk zijn een bestaande, vertrouwde situatie op te geven voor een nieuwe, onzekere situatie. Onzekerheid is dan ook iets anders dan weerstand tegen verandering. Als het voor mensen niet duidelijk is waar de veranderingen toe zullen leiden, is het niet vreemd dat er enige weerstand ontstaat. Door goede communicatie kan deze weggenomen worden. Het is daarbij belangrijk dat duidelijk is wat er gaat veranderen, waarom dit moet gebeuren, hoe het projectteam daartoe gekomen is, wat de stappen voor de toekomst zullen zijn en vooral: wat dat betekent voor de betreffende medewerkers en hoe zij daarbij betrokken kunnen worden.

Communicatie is een essentieel onderdeel van implementatietrajecten. Om hier voldoende aandacht aan te schenken kan het handig zijn dat één persoon van het projectteam de communicatie coördineert en de verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering ervan. Ook is het raadzaam samenwerking te zoeken met de communicatieafdeling van de instelling.

Het is belangrijk om al in de beginfase na te denken over wie je wilt bereiken (doelgroepen zoals cliënten, hulpverleners, ondersteunende medewerkers etc), wat de boodschap is en welke communicatiemiddelen je daarvoor wilt inzetten. Deze strategieën worden vastgelegd in een communicatieplan (Zie Projectplan, bijlage I).

Doelstellingen

De eerste stap bij het maken van een communicatieplan is het bepalen van doelen. Het gaat hier over de vraag *wat je wilt bereiken* met de communicatie, dus niet wat je gaat doen. Meestal is dat een bepaald effect bij de doelgroep, zoals bewustwording of aanzetten tot een andere houding of gedrag. Andere veel voorkomende doelstellingen zijn informeren, betrekken, motiveren, debat op gang brengen en weerstanden pareren. Een doelstelling is dus niet: middelen maken, zoals een folder of persbericht. Op basis van wat je bij de doelgroep wilt bereiken, kies je later geschikte communicatiemiddelen.

Een communicatiedoel is altijd een afgeleide van de doelstelling van het implementatietraject, in dit geval: het ondersteunen van persoonlijke herstelprocessen van cliënten. Naast informeren over wat herstelprocessen zijn en hoe deze ondersteund kunnen worden, is het belangrijk dat de hulpverleners worden aangezet tot een andere, herstelondersteunende bejegening van cliënten. Het doel is dus verandering van attitude en gedrag.

Een communicatieplan kan niet volstaan met een enkele doelstelling. Met de verschillende doelgroepen moet namelijk op een eigen, passende wijze worden gecommuniceerd. De communicatie met managers verloopt anders dan die met begeleiders en dient een ander doel. Bij de eerste groep wil het projectteam bijvoorbeeld betrokkenheid bewerkstelligen, terwijl bij de tweede groep het wegnemen van weerstanden centraal staat. Voor elke doelgroep wordt dus een eigen communicatiedoel geformuleerd, dat richting geeft aan de uitwerking van het communicatieplan voor de desbetreffende doelgroep.

Doelgroepen

Implementatietrajecten vragen om communicatie die veel verder reikt dan enkel binnen het projectteam. De veranderingen kunnen niet worden doorgevoerd zonder steun van andere betrokkenen, zoals cliënten en hun familieleden, hulpverleners en managers.

Hoe persoonlijker met mensen gecommuniceerd wordt, des te meer zullen zij zich aangesproken voelen en gemotiveerd zijn om tot verandering over te gaan. Bij elke verandering willen mensen weten wat dat voor hen persoonlijk betekent. Wat betekent het voor mij als cliënt of voor mijn familie? Wat betekent het voor de inhoud van mijn werk? Wat betekent het voor mijn werkwijze?

De verschillende doelgroepen kunnen onderverdeeld worden in primaire, secundaire en intermediaire doelgroepen. De *primaire* doelgroepen zijn de groepen mensen die het meest te maken krijgen met de veranderingen of voor wie het traject de grootste gevolgen heeft. Denk bijvoorbeeld aan de cliënten en medewerkers van de locaties waar de veranderingen plaatsvinden. Onder de *secundaire* doelgroepen vallen de mensen die wel geïnformeerd worden over het implementatietraject, maar niet direct betrokken zijn bij de activiteiten. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om samenwerkingspartners, verwijzers, facilitaire diensten etc. Later in het implementatietraject, tijdens de fase van borging en verspreiding, kan de aandacht verschuiven: secundaire groepen kunnen dan primaire groepen worden. De *intermediaire* doelgroepen ten slotte, zijn groepen of personen die ingezet kunnen worden om over het implementatietraject te communiceren. Denk bijvoorbeeld aan de redactie van het personeelsblad of de lokale pers (Vilans, 2007).

Communicatiestrategie

Bij communicatie gaat het om de juiste boodschap op het juiste moment op de juiste manier aan de juiste persoon, oftewel: strategisch te werk gaan. Bepaal van tevoren langs welke weg je het communicatiedoel denkt te realiseren en waarom. Onder de aanname van een doelstelling en doelgroep, beschrijf je kernachtig waarom je voor

een bepaalde aanpak (naar inhoud en vorm) hebt gekozen. Vragen die je hierbij kunt stellen zijn:

- Hoe is de toon (zakelijk of persoonlijk, formeel of informeel)?
- Wat is de aard van de in te zetten middelen (mondeling, schriftelijk of een combinatie)?
- Op welke wijze worden de doelgroepen benaderd? (plenair, groepsgewijs, individueel, via intermediairs)?
- Kun je aansluiten bij bestaande kanalen?
- Met wie werk je samen? De persoon die communiceert kan bepalend zijn voor het effect. Bedenk bijvoorbeeld of je iets laat vertellen door een cliënt of een projectleider.
- Welke prioriteiten stel je?

Het is belangrijk dat de keuzes worden onderbouwd met argumenten. Enkele voorbeelden van strategische keuzes:

- Het projectteam zet gelijktijdig verschillende communicatiemiddelen in, omdat zij verwacht dat de doelgroep de boodschap hierdoor beter oppikt.
- Naar het management worden de resultaten vooral in cijfers gecommuniceerd, omdat zij graag in aantallen zien wat het implementatietraject heeft opgeleverd.
- Regelmatig wordt een interview met een cliënt geplaatst, om het effect van het implementatietraject zichtbaar te maken voor medewerkers en cliënten en om andere cliënten te enthousiasmeren.
- Om familieleden over de resultaten te informeren, kiest het projectteam ervoor om een cliënt op een familiebijeenkomst te laten vertellen wat het implementatietraject hem heeft opgeleverd.

De boodschap

Het spreekt voor zich dat ook de communicatie-inhoud vermeld dient te worden in het communicatieplan. Zo'n boodschap kan letterlijk op papier worden gezet. Hoe je deze het beste kunt verwoorden, hangt af van de gekozen doelstelling, doelgroepen, strategie en gekozen middelen. Het is handig om eerst een algemene *kernboodschap* te formuleren, die vervolgens uitgewerkt kan worden in verschillende afgeleide *deelboodschappen*. De boodschappen kunnen gebruikt worden voor een foldertekst, een persbericht, een interne conferentie etc. (Heuving, 2008).

Middelen en media

Een goed communicatieplan vereist een weloverwogen keuze van in te zetten media en middelen. Onder media verstaan we massamedia, zoals internet, dagbladen, televisie, radio en tijdschriften. *Middelen* zijn zaken die in eigen beheer zijn gemaakt, zoals brochures, folders, jaarverslagen en nieuwsbrieven. Vaak wordt gekozen voor een mix van diverse middelen en media om een zo groot mogelijk effect te bereiken. Uit onderzoek is gebleken dat het communiceren van een bepaalde inhoud beter overkomt als daarvoor verschillende middelen worden gebruikt. Een boodschap waarnemen via bijvoorbeeld een nieuwsbrief, posters op de afdeling én in het teamoverleg werkt

versterkend op elkaar, terwijl het meerdere malen horen van hetzelfde verhaal tijdens het teamoverleg nagenoeg geen meerwaarde heeft en uiteindelijk zelfs tot irritatie kan leiden. Er zijn talloze communicatiemiddelen die ingezet kunnen worden in het implementatietraject, zoals: folder, brochure, affiche, flyer, advertentie, artikel in bestaand blad (personeelsblad, cliëntenblad), factsheet, jaarverslag, persbericht, internet, intranet, mail, (digitale) nieuwsbrief, film, lunchbijeenkomst, *kickoff*, overleg, interview, presentatie, workshop, scholing, coaching en gadget.

Het ontwikkelen van een communicatiemiddel vraagt de nodige creativiteit. Als de boodschap op een verrassende manier wordt gebracht, zal deze vaker blijven hangen (Vilans, 2007).

Voorbeeld *kickoff* herstelondersteunende zorg

*Een zogenaamde **kickoff**- of startbijeenkomst is een communicatiemiddel om met de verschillende betrokkenen een gezamenlijke basis te leggen voor het implementatietraject. In de bijeenkomst kan het gaan om kennismaking met het begrip herstel en verkenning van de voorkeuren en wensen voor herstelactiviteiten.*

*HEE! heeft voor de **kickoff** een programma ontwikkeld dat goed blijkt te werken. Het wordt geleid door een HEE-docent en neemt een dagdeel in beslag. De bijeenkomst heeft een interactief programma en is bedoeld voor cliënten, hulpverleners, managers/bestuurders en familie(raads)leden. Het is van belang dat er in verhouding veel cliënten vertegenwoordigd zijn, minimaal de helft van de aanwezigen. Tijdens de bijeenkomst wordt de betekenis van herstel toegelicht door een ervaringsdeskundige en wordt een ervaringsverhaal verteld. Vervolgens gaan de deelnemers met elkaar in gesprek over eigen herstelervaringen. Aan iedereen wordt gevraagd een overweldigende ervaring in gedachten te nemen uit zijn of haar leven. Dat kan ziekte zijn, overlijden van een naaste of andere ervaringen waarvan men moest herstellen. Daarna wordt gevraagd welke strategieën men gebruikte om hiervan te herstellen en vooral welke hielpen en welke niet. Men mag zo persoonlijk worden als men zelf wil. De strategieën worden verzameld op een flip-over in kolommen van wat wel hielp en wat niet. Eerst wordt een aantal cliënten om voorbeelden gevraagd en daarna een paar medewerkers. Het is belangrijk dat de gemeenschappelijkheid in de antwoorden van de cliënten, hulpverleners en managers wordt benadrukt. Duidelijk moet worden dat er overeenkomsten zijn in herstelprincipes. Ten slotte wordt door de deelnemers in groepjes verkend wat de voorkeuren en wensen zijn voor herstelactiviteiten. Het scala aan mogelijkheden kan besproken worden, zoals herstelwerkgroepen, studiedagen of cursussen over herstel, themabijeenkomsten voor cliënten en professionals, cursus over herstelbenadering voor hulpverleners, workshops over empowerment of ervaringsverhalen maken en presenteren.*

Planning, organisatie en samenwerking

Maak een realistische planning voor de inzet van de middelen. Op welk moment kan een communicatiemiddel het beste worden ingezet? Een tijdsbalk kan daarbij een handig hulpmiddel zijn, bijvoorbeeld zoals in figuur 6.

Figuur 6. Voorbeeld tijdsbalk met publiciteitsmomenten

Communicatiemiddel	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sept	okt	nov	dec
Folder												
Artikel personeelsblad												
Lunchbijeenkomst												
Teamoverleg												
Gadget (kwartetspel)												

Per activiteit moet worden nagegaan welke voorbereiding nodig is en hoeveel tijd dat zal kosten. Houd er rekening mee dat de ontwikkeling van bepaalde middelen veel tijd vergt. Een folder kan over het algemeen niet in één week geschreven, opgemaakt en gedrukt worden. Daarnaast is het belangrijk om na te denken over de timing en te kiezen voor de meest effectieve periode van middeleninzet. Hierbij moet bijvoorbeeld rekening worden gehouden met vakantieperiodes en eventuele andere campagnes of projecten van de instelling die veel aandacht krijgen. Verder kan gekozen worden voor een aanpak waarbij de middelen gelijkmatig over de looptijd van het project verspreid worden of voor een aanpak waarbij bewust bepaalde communicatieve hoogtepunten gecreëerd worden. Een combinatie van beide is uiteraard ook mogelijk.

Tenslotte is het van belang om binnen het communicatieplan afspraken te maken over wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is. Beschrijf kort het interne werkproces en eventuele afspraken met externe partijen waarmee wordt samengewerkt.

De planning van de communicatie kan worden vastgelegd in een communicatie-actieplan (zie bijlage II). Daarin worden de belangrijkste onderdelen uit het communicatieplan kort en schematisch weergegeven (Vilans, 2007).

Kostenbegroting en evaluatie

Als alle activiteiten in kaart zijn gebracht, kunnen de kosten ervan worden begroot en worden meegenomen in de begroting van het hele implementatietraject. Denk aan een post onvoorziene kosten van 10 tot 15% van het totaal. Geef als het nodig is een toelichting, bijvoorbeeld als de verhouding tussen de kosten voor bepaalde middelen op het eerste gezicht scheef lijkt (Heuving, 2008).

Net als bij de inhoudelijke acties in het implementatietraject, is het ook belangrijk om de communicatie-acties te evalueren. Het meten van de effecten van je inspanningen is echter een kostbare zaak en zou een project op zich kunnen worden. Wel is het eenvoudig om te achterhalen wat het bereik was van de communicatiemiddelen en om stil te staan bij de reacties vanuit de doelgroep (Van Doorn, 2002).

8.10 De PDSA-methodiek

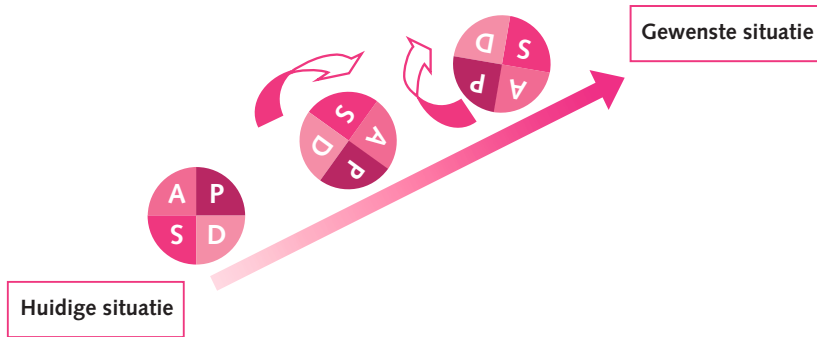
Voordat daadwerkelijk wordt begonnen met het doorvoeren van veranderingen, is het zinvol om met het projectteam hiervoor een structuur te kiezen. Daarmee wordt voorkomen dat allerlei activiteiten zonder duidelijk plan worden uitgetest en niet worden geëvalueerd. Een bekend hulpmiddel bij implementatietrajecten is de PDSA-cyclus² (Langley, Nolan & Nolan, 1996), ook wel aangeduid als de Nolan-cyclus. Dit is een model voor ononderbroken verbetering van kwaliteit. Het bestaat uit een logische opeenvolging van vier herhalende stappen: *plan, do, study, act*. Hierbij staan drie vragen centraal die steeds de input zijn van de PDSA-cyclus: 1) Wat willen we bereiken?; 2) Hoe weten we of een verandering tot verbetering leidt?; 3) Welke veranderingen kunnen we uitvoeren die resulteren in een verbetering? De essentie van de PDSA-verbetermethodiek is dat projectdoelen in kleine onderdelen of stappen worden opgeknipt. De (korte) verbeteracties worden gepland (*plan*) en uitgevoerd (*do*) waarna de effecten en uitvoerbaarheid geëvalueerd worden (*study*). Om te kunnen meten of een verandering een verbetering is, zal het projectteam van tevoren indicatoren moeten bepalen: waaraan valt af te lezen of we op de goede weg zijn?

Het is van belang om regelmatig tussentijdse evaluaties in te lassen, waarbij stilgestaan wordt bij wat goed ging en wat niet, en wat het projectteam daarvan kan leren. De evaluatiemomenten kunnen het beste gekoppeld worden aan de vergadermomenten van het projectteam. Wat goed werkt, wordt geborgd en verspreid: het wordt vastgelegd in de werkprocessen en verspreid naar alle medewerkers (*act*). Wat niet goed werkt, gaat in de prullenbak; het oude idee maakt plaats voor een nieuw experiment dat volgens dezelfde PDSA-cyclus wordt uitgevoerd en getest. Het is belangrijk om leden van het projectteam eigenaar te maken van een PDSA, zodat zij zich daarvoor verantwoordelijk voelen. Het werken met PDSA's vergroot doorgaans het enthousiasme onder de betrokkenen omdat de resultaten zichtbaar worden gemaakt.

De PDSA-verbetermethodiek biedt de mogelijkheid om veranderingen uit te testen in korte en snel opeenvolgende cycli (Figuur 7) en bevordert daardoor de implementatie van nieuwe ideeën. Door te experimenteren met nieuwe ideeën, kan worden uitgetest of deze ook daadwerkelijk uit te voeren zijn en de beoogde effecten sorteren in de eigen lokale situatie.

² De PDSA is een bewerking van de oorspronkelijke PDCA. De S van 'Study' is in de plaats gekomen van de C van 'Check' om meer de nadruk te leggen op reflectie (Study) op de resultaten.

Figuur 7. De opwaartse verbeterspiraal volgens de PDSA



Als hulpmiddel bij het toepassen van de PDSA-methodiek kan het PDSA-formulier worden gebruikt (zie onderstaand voorbeeld). Hier beschrijft een projectteam per (groter) idee, welke concrete stappen zij gaat zetten, hoe de stappen worden uitgevoerd, wat de prestatie-indicatoren zijn, wat de resultaten zijn van de uitgevoerde acties en wat de vervolgactiviteiten zijn. Belangrijk om te realiseren is dat PDSA-formulieren bedoeld zijn als middel en niet als doel op zich. De formulieren zijn uitwerkingen van projectplannen en zijn bedoeld om de stap van plan naar uitvoering te vergemakkelijken. Als het invullen van PDSA-formulieren leidt tot (nog) langere vergaderingen en mensen er juist van weerhoudt om tot actie over te gaan, schiet het zijn doel voorbij. Als op de juiste manier wordt gewerkt met PDSA's, hoeft dit geen extra tijd te kosten. Op termijn zal deze werkwijze juist tijd besparen doordat doelgerichter te werk wordt gegaan.

Voorbeeld ingevulde PDSA³

Locatie: Berkenheuvel Drogerdam (GGz Buitendijks)

PDSA-eigenaar of eigenaren: Mevr. Alblas, ervaringsdeskundige

Datum afronding: 10 juni

Wat is het 'grotere' idee voor verandering?	
Activiteiten organiseren waarbij cliënten kunnen onderzoeken waar hun kracht zit en waar ze met andere cliënten ervaringen kunnen uitwisselen.	
Plan (vooraf beschrijven)	
Welke actie wil ik uitvoeren?	Een keukentafelgesprek over herstel organiseren.
Hoe ga ik dat doen? Met wie en wanneer?	Ik vraag aan twee cliënten of ze samen met mij het gesprek willen voorbereiden en we verdelen de taken. Ik ga op de afgesproken dag koffie drinken met enkele cliënten die al een band hebben met elkaar en waarvan één van hen al eerder enthousiast reageerde op de herstelactiviteiten. Ik praat met hen over de noodzaak om wat te organiseren.
Hoe meet ik resultaten? (houd het klein én concreet!)	Door te kijken of cliënten: • zelf met ideeën komen; • positief reageren op de gesprekjes; • meegaan naar de vervolghostactiviteiten.
Do (uitvoeren)	
Geplande stappen uitvoeren Beschrijven wat er gebeurt Gegevens voor het meten verzamelen	Uit het gesprek ontstaat het idee om bij het dagactiviteiten-centrum (DAC) te gaan praten. We vragen of we een keer langs mogen komen rond 11 uur om met de aanwezigen die belangstelling hebben te praten over "dromen zijn bedrog, of toch niet?"
Study (leren van de uitvoering)	
Wat zijn de (meet)resultaten?	Twee cliënten reageerden enthousiast om mee te gaan praten op het DAC.
Wat ging goed?	Er ontstonden leuke gesprekken aan de keukentafel. Twee cliënten gingen mee naar het DAC.
Wat ging niet goed?	Ze moesten eerst een intake bij het DAC. Dat was geen prettig gesprek, ze kropen wat in hun schulp en verloren interesse.
Wat leer ik hiervan?	Dat ik eerst moet 'kwartiermaken' bij het DAC of dat ik een andere locatie moet zoeken om zulke dingen te gaan doen.
Act (aanpassen, bijstellen)	
Hoe ga ik verder? Zet ik een nieuwe actie in gang? Welke?	Ik ga naar het DAC om meer informatie te verstrekken. Ik ga ook met de twee cliënten naar een buurthuis om daar te bespreken of zij interesse hebben in een keukentafelgesprek.
Als we tevreden zijn, hoe gaan we dit idee dan borgen en verspreiden?	Als de cliënten het willen, organiseren we voortaan elke week een keukentafelgesprek. Ook ga ik proberen bij andere groepen ingang te krijgen.

³ Het format is een bewerking van het pdsa-formulier uit: Handboek Doorbraak in de jeugdzorg. H. van Deur en R. van Odenhoven. Utrecht, NJi, 2008.

Deel III Vervolg



Inleiding

Na ongeveer een jaar komen de meeste organisaties in een volgende fase van het implementatietraject. Medewerkers en cliënten hebben basiskennis opgedaan over de betekenis en de mogelijkheden van herstel, mogelijk is al een aantal ervaringsdeskundigen aan het werk en er is een begin gemaakt met het opzetten van cliëntgestuurde projecten of initiatieven.

Deze nieuwe fase, het vervolgtraject waarin het grootste deel van de uitvoering zal plaatsvinden, duurt enkele jaren. Dit hangt er uiteraard van af hoe het project wordt georganiseerd, maar de ervaring leert dat een termijn van twee jaar zeker nodig is om verandering te gaan zien. Cliënten die dat willen maken een groeiproces door tot ervaringsdeskundigen, en daar is voldoende tijd en ruimte voor nodig. Ook is het van belang om de activiteiten die ontwikkeld worden goed te volgen en in te passen in het implementatietraject.

Voor en door cliënten kunnen in deze fase allerlei soorten herstelactiviteiten worden ingezet en medewerkers kunnen gebruik maken van bepaalde methodieken om hun zorgverlening meer herstelondersteunend te maken. Op organisatieniveau is het belangrijk het proces te monitoren, voorbereid te zijn op tegenslag en ruimte te bieden aan activiteiten die het herstel kunnen aanwakkeren.

9 Vervolgtraject voor cliënten

Voor cliënten is het van belang dat zij toegang hebben tot activiteiten die aansluiten bij hun wensen en mogelijkheden. Aangemoedigd door de ontwikkelingen in de beginfase, zullen zij op zoek gaan naar mogelijkheden voor scholing, of om meer te ontdekken over hun eigen krachten en kansen. Dat kan gaan om een verdere verdieping van het herstelproces of een onverwachte mogelijkheid om de eigen kennis en ervaring (betaald) in te zetten en daarmee van betekenis te zijn voor anderen. In dit hoofdstuk beschrijven we de verschillende herstelgroepen en -cursussen die in de vervolgfase kunnen worden ingezet. Tevens komt het werken met herstelverhalen aan bod. Ook gaan we in op de rol die cliënten kunnen spelen bij de visieontwikkeling. Dat traject is al begonnen tijdens de voorbereiding (zie hfdst 3), maar kan in de vervolgfase meer vorm krijgen. Cliënten spelen een belangrijke rol bij de uitwerking van de visie op afdelingsniveau. Ten slotte besteden we aandacht aan cliënten die niet willen of kunnen meedoen aan dit soort herstelactiviteiten.

9.1 Herstelgroepen en -cursussen voor de vervolgfase

In de eerste fase is een aantal activiteiten van start gegaan: voorlichting door ervaringsdeskundigen, de cursus *Begin maken met herstel*, een herstelwerkgroep of *Herstellen doe je zelf*. Ook hebben themabijeenkomsten of cliëntenpanels plaatsgevonden waardoor cliënten mogelijk nieuwsgierig zijn geworden naar wat verder komen gaat. Het is belangrijk dat cliënten die deelnemen aan dit soort activiteiten perspectief hebben op een vervolg, dus dat het implementatietraject zo is opgebouwd dat onderdelen uit de beginfase een logisch vervolg krijgen in het verdere traject. Op deze manier kan het herstelproces van cliënten verder ondersteund worden en kunnen zij op hun beurt weer andere cliënten gaan ondersteunen.

Deelnemers die al wat langer aan een herstelwerkgroep deelnemen en gaandeweg steeds meer inzicht hebben gekregen in hun eigen herstelverhaal en herstelprocessen in het algemeen, kunnen de daar opgedane kennis inzetten bij een cursus *Begin maken met herstel* als gastdocent, en kunnen daarmee ook oefenen met het inzetten van hun eigen ervaringen ten behoeve van anderen. Ook de voorlichtingsbijeenkomsten vormen zo'n oefenplek en een podium voor beginnende ervaringswerkers om – onder supervisie van een ervaren docent – te leren hoe zij hun ervaringen kunnen delen met een groter publiek in de vorm van een herstelverhaal. Dit kan worden ondersteund door de cursus *Ervan verhalen*. Ook hierbij is het van belang dat cliënten zelf het tempo kunnen bepalen van hun ontwikkeling en niet geforceerd worden om als ervaringsdeskundige op te treden. Dit laatste is niet ieders ambitie en niet voor iedereen weggelegd. Deelname aan een herstelwerkgroep is in eerste instantie bedoeld ter ondersteuning van iemands persoonlijke herstelproces. Doorgroeien als ervaringsdeskundige is een

eventuele mogelijkheid, maar geen vooropgezet idee. De vraag wanneer mensen ergens aan toe zijn, kan in samenspraak met de betreffende cliënten en senior ervaringsdeskundigen beantwoord worden. Bovenal is het de keuze van de cliënt zelf.

In de loop van de tijd zijn er veel cursussen of herstelactiviteiten voor cliënten ontwikkeld. Deze kunnen ingezet worden om de herstelprocessen van cliënten te ondersteunen en eventueel dienen als opleidingstraject tot ervaringsdeskundige. Daarbij is het opnieuw belangrijk te realiseren dat niet iedere cliënt die zijn verhaal wil vertellen of die mee wil praten over betere zorg en herstel in de instelling, de ambities heeft om dat te doen als (fulltime) betaalde ervaringsdeskundige. Voor veel mensen met ervaringskennis is het aantrekkelijk om juist op losse basis te worden ingezet, zodanig dat zij zich wel verbonden voelen met een hersteltraject maar niet de druk ervaren van een reguliere baan.

Herstelwerkgroepen, *Begin maken met herstel* en *Herstellen doe je zelf* zijn groepen die vooral in de start van een traject worden ingezet (zie hfdst 6). Deze producten zijn echter ook en soms juist van waarde voor mensen die al wat verder zijn in hun ontdekkingstocht naar hun eigen herstelproces. Met name de herstelwerkgroep is een geschikt middel om mensen die zich mogelijk willen ontwikkelen tot ervaringsdeskundigen te leren reflecteren op hun eigen handelen en ervaringen. Er zal gaandeweg veel geoefend worden met eerlijk feedback geven en ontvangen.

We beschrijven hier wat uitgebreider de producten die naast de eerder beschreven cursussen (zie hfdst 6) een landelijk bereik hebben. Deze kunnen worden ingezet in de vervolgfase van het implementatietraject als cliënten al enige basiskennis hebben opgedaan over herstel. Met name *Werken met eigen ervaring* en *Ervan verhalen* kunnen worden gezien als cursussen voor 'gevoorderden'.

Begin maken met empowerment

In de basiscursus *Begin maken met empowerment* staat het begrip empowerment centraal. De cursus bestaat uit vier bijeenkomsten waarin deelnemers aan de hand van speelse opdrachten kennis kunnen maken met het begrip empowerment en ontdekken welke betekenis dit kan hebben in hun eigen leven. In een gestructureerd gesprek gaan de deelnemers samen op zoek naar waar hun eigen kracht zit, hoe ze zichzelf sterker kunnen maken en wat daarbij behulpzaam kan zijn.

Begin maken met empowerment

Doel

Kennismaken met het begrip empowerment.

Programma

De cursus bestaat uit vier bijeenkomsten van twee uur waarin gastdocenten herstelverhalen vertellen die gekoppeld zijn aan de thema's. Ook wordt met opdrachten

gewerkt. Elke bijeenkomst heeft een eigen thema:

- kennismaking
- bronnen van steun
- eigen medicijn
- je droom

Voor wie?

Cliënten die kennis willen maken met het begrip empowerment.

Bijzonderheden

Aan deze cursus is geen huis- of leeswerk verbonden. Deze cursus is ook geschikt voor deelnemers die nog weinig ervaring hebben met het deelnemen aan cursussen.

Eigenaar

HEE!/Trimbos-instituut

Studiedag herstel

De *Studiedag herstel* is bedoeld voor koppels bestaande uit een hulpverlener en een cliënt. De cliënt nodigt hiervoor naar eigen keuze één van zijn eigen hulpverleners uit (woonbegeleider, psychiater, ambulant begeleider etc.) Er wordt een inleiding geboden op het concept herstel, zowel door herstelverhalen als door een korte presentatie, met veel ruimte voor eigen inbreng van de deelnemers. De studiedag is ontwikkeld om cliënten en hulpverleners de gelegenheid te geven met elkaar in gesprek te gaan over herstel en als koppel te onderzoeken welke betekenis herstel kan hebben voor hun onderlinge relatie. Samen wordt geoefend hoe op een andere manier met elkaar kan worden omgegaan.

Studiedag herstel

Doelen

- kennismaking met herstel
- reflectie op de relatie cliënt-hulpverlener
- inzicht in wat helpt en wat hindert

Programma

Enkele ervaringsdeskundigen komen vertellen over hun eigen herstelproces en de rol van hulpverleners daarin. Op diverse manieren worden deelnemers uitgenodigd over hun eigen herstelervaringen te vertellen en daarover met elkaar in gesprek te gaan. Naast ervaringsverhalen is er ruimte voor dialoog en actieve deelname en inbreng van de deelnemers.

Voor wie?

Cliënten en hulpverleners als koppel.

Bijzonderheden

Er kan alleen als koppel ingeschreven worden. Maximaal 8 koppels.

Eigenaar

HEE!/Trimbos-instituut

Fotovoice

In de cursus *Fotovoice* van twaalf bijeenkomsten gaan de deelnemers op een praktische manier aan de slag met het thema (zelf)stigma. De 'opgeplakte' en eigen (stigmatiserende) beelden worden door middel van zelfgemaakte foto's en ervaringsverhalen van de deelnemers zichtbaar gemaakt. Ook is hierbij aandacht voor de kracht en positieve beelden die hier tegenover staan. Deelnemers onderzoeken hun eigen kwaliteiten en vaardigheden om met (zelf)stigma om te gaan. Er wordt toegewerkt naar een tentoonstelling die zowel intern als buiten de instelling aan publiek getoond wordt.

Fotovoice

Doel

Bewust worden van zowel (zelf)stigma als van eigen kwaliteiten en vaardigheden. Versterken van eigenwaarde om zo stigmatiserende beelden van jezelf en van andere mensen uit de psychiatrie en/of verslavingszorg te doorbreken.

Voor wie?

Cliënten die op een beeldende manier hun verhaal over (zelf)stigma willen vormgeven en dat willen inzetten om het stigma te doorbreken.

Bijzonderheden

De cursus wordt afgesloten met een tentoonstelling van de foto's en ervaringsverhalen zowel binnen als buiten de organiserende instelling. De cursus is daarmee niet alleen voor de deelnemers een antistigma activiteit maar ook voor de buitenwereld. De cursus wordt uitgezet via Yucare en via HEE!.

Eigenaar

Yucare

Werken met eigen ervaring

Werken met eigen ervaring is een oriëntatiecursus van twaalf bijeenkomsten voor mensen die belangstelling hebben hun ervaringen in de psychiatrie en/of verslavingszorg in te gaan zetten ter ondersteuning van anderen. Deze cursus is meer dan tien jaar geleden ontwikkeld en verspreid door het Basisberaad Rotterdam. De cursus wordt in vele instellingen en daarbuiten succesvol gebruikt om deelnemers te ondersteunen in hun eerste stappen op weg naar werken als ervaringsdeskundige binnen de ggz of verslavingszorg. In 2010 is de cursus herzien door HEE!, die de rechten heeft overgenomen. Hierbij is de essentie van de cursus overleefd; vooral de literatuur is

geactualiseerd en sommige opdrachten zijn aangepast op basis van praktijkervaringen.

Werken met eigen ervaring

Doel

Deelnemers ondersteunen in hun zoektocht naar mogelijkheden om te gaan werken als ervaringsdeskundige.

Programma

De cursus bestaat uit twaalf lessen van drie uur, opgedeeld in drie blokken:

Blok I: Het eigen verhaal

Kennismaken, ervaringen uitwisselen, eigen verhaal vertellen aan de hand van opdrachten, en de begrippen herstel en ervaringsdeskundigheid.

Blok II: Oriëntatie op werksituaties

Met behulp van gastdocenten wordt verkend waar en hoe met ervaringsdeskundigen gewerkt wordt en wat dat werk inhoudt.

Blok III: Vaardigheden

Bevat veel oefeningen om vaardigheden te oefenen die van pas komen in het werk van een ervaringsdeskundige.

Voor wie?

De cursus is bedoeld voor mensen die nog in een beginstadium zijn wat betreft het inzetten van eigen ervaringen. Er zijn geen eisen aan cursisten met betrekking tot opleidingen en eerdere werkervaring. Wel is het wenselijk dat zij eerder hebben deelgenomen aan een herstelwerkgroep of de cursus Begin maken met herstel.

Bijzonderheden

De cursisten werken met een werkboek, waar steeds een inleiding over het onderwerp is opgenomen en een aantal werkopdrachten ter verdieping van het onderwerp. Elke les sluit af met een huiswerkopdracht ter voorbereiding op het volgende onderwerp. Ook is per les een aantal artikelen opgenomen dat vooraf gelezen kan worden.

De cursus is intensief, met name het eerste blok 'het eigen verhaal' wordt als zwaar maar ook zeer goed ervaren.

Aanbevolen wordt de cursus wekelijks te geven, en tussen de blokken een week vrij te houden. Dit geeft de cursisten de gelegenheid de stof te laten bezinken en de mogelijkheid eventuele achterstanden weg te werken. Ook is het facultatief om een terugkomdag in te plannen.

Eigenaar

HEE!/Trimbos-instituut

Ervan verhalen

Ervan verhalen is een cursus van vijf bijeenkomsten waarin cliënten leren hun eigen herstelverhaal te schrijven en te presenteren. Cliënten werken aan hun herstelverhaal naar aanleiding van de basisthema's van herstel. Ook wordt aandacht besteed aan de wijze waarop het verhaal kan worden overgebracht op anderen. Tussen de bijeenkomsten door krijgen de deelnemers persoonlijke feedback op hun verhaal.

Ervan verhalen

Doel

Het persoonlijke herstelverhaal schrijven en leren hoe dit te presenteren voor een groep.

Voor wie?

Cliënten die hun verhaal willen leren vertellen. Bij voorkeur hebben zij eerst deelgenomen aan een herstelwerkgroep of de cursus Begin maken met herstel.

Bijzonderheden

Als afsluiting van de cursus krijgen de deelnemers een podium voor hun 'maiden-speech'.

Eigenaar

HEE!/Trimbos-instituut

9.2 Werken met herstelverhalen

Een herstelverhaal is het geheel eigen en unieke verhaal van iemand, waarin de persoonlijke zoektocht verwoord wordt; een zoektocht naar wie hij of zij in wezen is en hoe dit verstrikt is geraakt door een ontwrichtende aandoening, stigmatiserende beelden of het overnemen van regie door hulpverleners of anderen.

Een herstelverhaal kan een aanzet zijn om weer kracht te vinden in jezelf. Het kan hulp bieden bij het weer op orde krijgen van en reflecteren op het eigen leven. Het maken van je eigen (herstel)verhaal is dan ook een essentieel onderdeel van het herstelproces. Het helpt mensen om bewust naar zichzelf en naar hun herstelproces te kijken, het geeft zelfvertrouwen en het helpt bij het bepalen hoe iemand het eigen leven wil leiden.

HEE! heeft een bewuste keuze gemaakt om in alle cursussen en presentaties te werken met herstelverhalen. Het luisteren naar een herstelverhaal geeft hoop: een ander is ook door een diep dal gegaan en heeft geleerd eigen keuzes te maken. Het kan mensen dan ook steunen in hun eigen herstelproces en in het leren waar herstel over gaat.

Ook in cursussen voor medewerkers en tijdens voorlichtingsbijeenkomsten spelen

deze verhalen een essentiële rol. Ze vormen een spiegel waarin medewerkers zien hoe hun ideeën en intenties bij cliënten aankomen. Ze horen wat iemand als helpend en steunend heeft ervaren, maar ook wat belemmerend is geweest. Het is de bedoeling hiermee een denkproces op gang te brengen, waar vraagtekens worden geplaatst bij hoe de omgang met cliënten er doorgaans uit ziet en welke werkwijzen daarbij gehanteerd worden.

9.3 Werken vanuit zelfhulp

Vanuit de herstelvisie hechten we veel waarde aan de eigen kracht maar ook aan de eigen regie van cliënten. Mensen hebben veel kennis van zaken door de ervaringen die zij opdoen in hun leven; ze hebben moeten leren omgaan met alles wat op hun bord komt. Deze ervaringskennis die nog verdiept wordt als ze wordt uitgewisseld met anderen, vormt een belangrijk tegenwicht voor hulpverlening die afhankelijkheid vaak in de hand werkt. Zelfhulp is in feite de manier bij uitstek om je eigen kracht te ontwikkelen.

In de loop van de tijd heeft de cliëntenbeweging vele vormen van zelfhulp ontwikkeld, bijvoorbeeld ondersteuningsgroepen waarin mensen met dezelfde soort klachten door bijeenkomsten steun vinden bij elkaar. Voorbeelden zijn de patiëntenverenigingen en belangengroepen van cliënten, vaak georganiseerd op diagnose of belangrijkste kenmerken, of zelfhulpgroepen voor mensen met fobieën, ADHD, depressies etc. Maar er zijn ook zelfhulpgroepen die nadrukkelijk pleiten voor een andere visie op zorg. De Stichting Weerklank heeft bijvoorbeeld veel aandacht gevraagd voor het fenomeen stemmen horen als iets waar je je toe moet leren verhouden, maar wat niet noodzakelijkerwijs altijd opgevat dient te worden als een symptoom van psychoses of schizofrenie.

Daarnaast zijn er methoden waarbij cliënten ondersteund door ervaringsdeskundigen een steunsysteem ontwikkelen dat hen helpt om hun leven meer in eigen hand te houden. Voorbeelden zijn de crisiskaart en ondersteuning bij het vinden van de juiste zorg via informatiepunten en (ervaringsdeskundige) zorgconsulenten.

Een goed voorbeeld van een instrument voor zelfmanagement is de WRAP, *Wellness recovery action planning*, dat kort geleden ook in Nederland werd geïntroduceerd. In de opzet van de WRAP ligt de focus op *what is strong* en wordt de aandacht afgewend van *what is wrong*. Hiermee is het een sterke ondersteuning van het veranderen van de blikrichting van ziekte naar welzijn. We geven een korte beschrijving van het instrument.

Wellness recovery action planning (WRAP)

In verschillende landen, waaronder de VS en Schotland, wordt al enige tijd gewerkt met WRAP: *Wellness recovery action planning* (Copeland, 1997). De WRAP is een instrument voor zelfmanagement en is ontwikkeld door Mary Ellen Copeland en een

groep mensen met langdurende psychische klachten. De WRAP is een plan dat mensen zelf maken om voor zichzelf een goed leven te leiden naar eigen maatstaven. Dit plan kan voor cliënten dienen als een gids of een bron van steun waartoe ze zich kunnen wenden, ook in moeilijke tijden. Het speciale aan WRAP is dat de regie volledig bij de cliënt ligt; WRAP heeft een sterk zelfhulp-karakter. Het helpt mensen hun eigen kracht te ontdekken waar die afwezig leek. De deelnemers ontwikkelen meer zelfhulpvaardigheden, waardoor ze beter kunnen monitoren hoe ze zich voelen en zichzelf kunnen helpen om zich beter te gaan voelen. In een WRAP staat tevens een plan voor wat anderen kunnen doen wanneer de eigenaar van de WRAP in crisis raakt en daardoor niet meer zelf beslissingen kan nemen. Ook dan houdt de cliënt daardoor de regie, want dit gedeelte wordt vooraf met ondersteuners besproken die zorgen dat de afspraken uit het plan worden nagekomen.

Cliënten stellen zelf hun WRAP op en kunnen ervoor kiezen om de hulp van professionals of naastbetrokkenen in hun WRAP een plek te geven. Ondersteuning door een ervaringsdeskundige heeft een meerwaarde. Daarvoor heeft het Copeland Center trainingen ontwikkeld, waarin veel aandacht wordt besteed aan de basisprincipes van herstel en ondersteuning daarbij.

In Nederland wordt de WRAP momenteel ingevoerd door HEE! en Kenniscentrum Phrenos. In samenwerking met het Copeland Center worden ervaringsdeskundigen tot gecertificeerde *facilitators* opgeleid. Deze trainingen vormen een waardevolle aanvulling voor de scholing tot ervaringsdeskundige, omdat hierin geborgd wordt dat ervaringsdeskundigen alleen een helder frame neerzetten waarin iemand zelf kan invullen wat herstel voor hem betekent en hoe dat vorm moet krijgen. In de opleiding wordt dan ook benadrukt hoe belangrijk het is om te luisteren en niets te veronderstellen, zodat deelnemers de ruimte ervaren om hun eigen invulling aan de WRAP te geven.

Uit een effectonderzoek in Ohio (VS) door Cook en anderen (2011) blijkt dat WRAP een bewezen effectieve methode is. Cliënten die werkten volgens WRAP hadden onder meer een verhoogde kwaliteit van leven, een verhoogde mate van herstel en empowerment, en verminderde ernst van psychiatrische symptomen.

HEE! en Kenniscentrum Phrenos werken aan een officiële Nederlandse bewerking van WRAP en een vertaling van de handleiding voor facilitators, in overleg met het Copeland Center. Het instrument gaat uitstekend samen met andere herstelgeoriënteerde werkwijzen en cursussen. Dit geldt ook voor herstelondersteunende behandelmethoden.

Onderdelen uit een WRAP

Wellness Toolbox

Dit is een set hulpmiddelen die je zelf bedenkt en kan inzetten om je goed te voelen. Dit is heel persoonlijk en kan dus sterk variëren, bijvoorbeeld: praten met een vriend, sporten, schone kleren aantrekken, een dag vakantie nemen etc.

Daily Maintenance Plan

Dit is een plan voor het dagelijks onderhoud waarmee je op koers blijft. Het gaat over de dingen die je elke dag, of zeer regelmatig, doet (moet doen) om je goed te blijven voelen.

Triggers en Action plan

In dit plan beschrijf je een inventarisatie van triggers die negatieve gevoelens kunnen uitlokken waar je niet goed mee om weet te gaan. Hieraan is een actieplan gekoppeld.

Early Warning Signs en Action plan

Hierin beschrijf je de eerste signalen die je bij jezelf constateert die van binnenuit komen en die mogelijk wijzen op een verslechtering van je situatie zoals angst, nervositeit, vergeetachtigheid, gebrek aan motivatie, het vermijden van anderen, meer gaan roken, impulsiviteit etc. Ook hierop maak je een plan voor wat je kunt doen om je balans te hervinden.

When things are breaking down en Action plan

Waardoor weet je dat je situatie verergert en je mogelijk richting crisis gaat? Bijvoorbeeld: toegenomen pijn, niet meer willen eten, niet kunnen slapen, vreemd of risicovol gedrag, middelengebruik, suïcidale gedachten, paranoïde etc. Hier maak je een plan wat je kunt volgen als het zover komt. Dit plan is veel directiever dan de vorige actieplannen met weinig keuzemogelijkheden en heldere instructies. Bijvoorbeeld: mijn hulpverlener bellen en om instructies vragen, met iemand afspreken dat hij dag en nacht bij me blijft tot ik minder bang word, een strak dagschema maken waar ik me aan vast kan houden. Hierbij komen vaak anderen in beeld waar je steun aan kunt ontfen.

Deze onderdelen worden gevolgd door een uitgebreid Crisisplan dat richtlijnen geeft voor wat je wilt dat er gebeurt (of niet gebeurt) als je in crisis raakt. Tot slot komt in het Post-crisisplan aan de orde wat je nodig hebt om weer terug te komen in de situatie waarin je je goed voelt.

Bron: Copeland (1997) en vertaald materiaal voor het Nederlandse initiatief van HEE! / Kenniscentrum Phrenos (2011).

9.4 Rol van cliënten bij visieontwikkeling

De visie op herstel en herstelondersteunende zorg moet breed gedragen worden in de organisatie; dat wil zeggen dat cliënten, hulpverleners en management de visie samen ontwikkelen en uitdragen. Bij de verkenning en discussie rond de visie op herstel spelen ervaringsdeskundigen een grote rol. Maar ook cliënten van de afdelingen moeten volop de ruimte krijgen om hierin te participeren. Gezocht moet worden naar geschikte vormen om ervoor te zorgen dat iedereen gehoord wordt. Om de deelname van cliënten te bevorderen, kan gedacht worden aan huiskamerbijeenkomsten (zie hfdst 6.1) of cliëntenpanels (hfdst 6.3). Onder leiding van een ervaringsdeskundige zou ook een speciale cliëntenwerkgroep opgericht kunnen worden om met de visieontwikkeling aan de slag te gaan. Het is verder van belang dat alle cliënten op de hoogte worden gesteld van de visie, dus niet alleen de koplopers. Dit kan bijvoorbeeld tijdens de kickoff. Maar ook tijdens alle activiteiten die later ondernomen worden, kan aandacht worden besteed aan de visie. Als bijvoorbeeld met WRAP gewerkt wordt, is dit duidelijk vanuit een bepaalde visie die expliciet benoemd kan worden.

In tweede instantie spelen cliënten een belangrijke rol als het gaat om uitwerking van de visie op afdelingsniveau. De instellingsbrede visie moet handen en voeten krijgen in de dagelijkse zorg en bejegening op de afdelingen. Op elke afdeling moet zichtbaar worden dat cliënten ruimte krijgen voor herstel en dat er een aanbod is voor herstelactiviteiten. Cliënten dienen hier een leidende rol in te krijgen. Dit hoeft niet te betekenen dat overal onmiddellijk een groot aantal ervaringsdeskundigen wordt aangesteld, maar wel dat de toepassing van de visie met cliënten besproken en vormgegeven moet worden. Heel concreet kan dit betekenen dat bepaalde huisregels worden afgeschaft, dat cliënten voortaan rechtstreeks contact op kunnen nemen met de facilitaire dienst, dat cliënten meer te zeggen krijgen over de woonomgeving (bv. de inrichting van eigen kamer en huiskamer), dat er weer (vaker) zelf gekookt gaat worden etc. Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke rol spelen bij het boven tafel krijgen van de wensen en behoeften van cliënten.

9.5 “Mijn cliënt is te ziek voor herstelactiviteiten”

Deze uitspraak van hulpverleners kan erop duiden dat ze onderschatten wat cliënten kunnen ontfangen aan herstelactiviteiten en waar ze misschien toch geleidelijk belangstelling voor kunnen opbrengen. Maar er zijn ook cliënten die niet aan de beschreven herstelwerkgroepen of -cursussen mee kunnen of willen doen. Dit kan veel verschillende redenen hebben. Het kan bijvoorbeeld te maken hebben met hun slechte gezondheid of conditie. Mogelijk zijn deze cliënten al heel lang in zorg en hebben ze alle hoop en veerkracht verloren. Mensen met een chronische aandoening hebben bovendien vele boodschappen gehad dat hun mening er niet toe doet, of dat ze niet te veel moeten verwachten van het leven. Ook kan het voor mensen een overlevingsstrategie zijn om niet meer te hopen en zich terug te trekken in zichzelf. Soms staan de symptomen zo

op de voorgrond dat het voor cliënten moeilijk is om hun aandacht zelfs voor korte tijd op een ding te richten of mee te draaien in een groep.

Bij deze mensen is het extra belangrijk dat medewerkers en ervaringsdeskundigen structureel tijd voor hen hebben om een langzaam traject op te bouwen, waarin ze worden uitgenodigd contact aan te gaan en gaan ervaren dat zij er mogen zijn en er toe doen. Hiervoor kunnen ook andere mensen aangetrokken worden (vrijwilligers, gastvrouw/heer, geestelijk verzorgers, mensen uit het sociale netwerk etc.). Een warme, menselijke relatie is niet alleen een onmisbare voorwaarde maar in veel gevallen ook het belangrijkste hulpmiddel voor herstel. Veel empathie en geduld zijn essentieel, evenals persoonlijk initiatief. Motiverende gespreksvoering kan daarbij worden ingezet om cliënten te ondersteunen bij stappen naar verandering. Deze methode is gericht op het opbouwen van de intrinsieke motivatie van de persoon zodat de verandering van binnenuit kan groeien (Miller & Rollnick, 2005). Een grote valkuil is dat de hulpverlener te snel resultaat wil zien en onvoldoende aansluit bij het tempo van de cliënt. Bij mensen die jarenlang geen regie meer hebben gevoerd over hun eigen leven, kan het lang duren voordat ze weer eigen keuzes gaan maken (Tiber & Dröes, 2007).

Naast extra individuele aandacht is het van belang dat bij voorlichting over herstelactiviteiten iedereen wordt uitgenodigd, ook de mensen van wie wordt verwacht dat zij er niets mee zullen doen. Het is de ervaring dat cliënten soms gedurende een presentatie opeens iets oppikken waar ze enthousiast van worden. De meeste herstelactiviteiten kunnen ook kortdurend worden ingezet. De thema's uit de cursussen kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt voor een korte bijeenkomst met een vrijblijvend karakter.

Tevens kan worden gezocht naar vormen die individueel of in een kleine groep geboden kunnen worden en passen bij het herstelproces van de cliënt. De thema's van de herstelcursussen kunnen ook in een een-op-eengesprek worden ingebracht. Een deel van het empowerende karakter van de cursus gaat dan mogelijk verloren maar als iemand het daardoor beter aankan, kan het een goed begin zijn. Te denken valt verder aan het gebruik van herstelkaartjes (zie hfdst 11.4), waarbij cliënt en hulpverlener/ervaringsdeskundige aan de hand van kaartjes met vragen in gesprek gaan over herstel. Andere speelse, laagdrempelige vormen zijn het Herstelkwartet (ontwikkeld door GGZ inGeest), het Toekomstspel (RINO Groep) of het Herstelspel (SBWU).

10 Vervolgtraject voor medewerkers

In dit hoofdstuk staat centraal wat medewerkers kunnen doen om hun zorg meer herstelondersteunend te maken. Dat betekent dat de zorg meer gekarakteriseerd wordt door de kenmerken van herstelondersteunende zorg die zijn beschreven in hoofdstuk 2.

De hulpverlener:

- heeft een attitude 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/autonomie.

Het werken volgens één of twee van deze kenmerken kan echter niet als bewijs van herstelondersteunend handelen worden aangevoerd. Het is belangrijk de kenmerken in hun onderlinge samenhang en in relatie tot het herstelproces te beschouwen.

In de beginfase van het implementatietraject zijn de medewerkers zich gaandeweg bewust geworden van de betekenis en de mogelijkheden van herstel. In de vervolgfase is het voor hen van belang dat zij leren aansluiten bij de herstelfasen waarin hun cliënten verkeren. Scholing in herstelondersteunende zorg is daarvoor essentieel. Dit vraagt tevens oog voor stigmabestrijding; een belangrijk thema om ruimte voor herstel mogelijk te maken.

Ook kunnen verschillende methodieken en middelen worden ingezet. Daarbij moet worden opgemerkt dat de implementatie van een van deze methodieken niet automatisch betekent dat herstelondersteunende zorg geboden wordt. De wijze waarop de methodiek wordt uitgevoerd en de houding van de begeleider bij het introduceren en ondersteunen van de methodiek zijn voor een groot deel bepalend voor 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 attitude van hoop en optimisme? Gebruikt hij tijdens het werken met de methodiek zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze?

Er zijn veel verschillende methodieken die worden ingezet om het herstel van cliënten te ondersteunen, maar de ene methodiek is meer cliëntgestuurd dan de andere. Sommige methodieken laten de regie bij de cliënt (waarbij hulpverleners de cliënt alleen

ondersteunen en faciliteren), terwijl andere meer ruimte geven aan sturing door de hulpverlener (met name in omstandigheden waarin de cliënt niet in staat is om zelf de regie te voeren). Zowel onder hulpverleners als onder cliënten lopen de meningen uiteen over de mate waarin de regie bij de cliënt moet liggen om van een 'herstelondersteunende' methodiek te kunnen spreken. In deze handreiking kiezen we ervoor om alleen methodieken te beschrijven waarbij de cliënt leidend is of waarbij sprake is van een gelijkwaardige, gedeelde regie van cliënt en hulpverlener. We geven geen volledig overzicht, maar beperken ons tot de meest gebruikte en veelbelovende methodieken. Het gaat momenteel nog om een vrij willekeurige en onsamenhangende verzameling van methodieken waarmee in ons land gepoogd wordt herstelondersteunende zorg vorm te geven. Weinig methodieken zijn onderzocht op effectiviteit. Het aanbod zal zich na verdere ontwikkeling en onderzoek meer moeten uitkristalliseren.

Na de scholing voor begeleiders, managers en behandelaars en aandacht voor stigma-bestrijding, komen in dit hoofdstuk methodieken en middelen aan bod 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 beschrijven we kort twee veelomvattende rehabilitatiemethodieken, namelijk de *Individuele rehabilitatie benadering* (IRB) en *Systematisch rehabilitatiegericht handelen* (SRH) en staan we stil bij de essentiële verschillen tussen beide.

10.1 Scholing herstelondersteunende zorg

Herstelondersteunende zorg is niet een kunstje wat medewerkers moeten leren. Het vraagt een paradigmaverandering: medewerkers moeten ruimte maken voor herstel, dit moet deel uit gaan maken van hun basishouding. Voorlichting aan medewerkers over herstel en herstelondersteunende zorg is zeer belangrijk, maar onvoldoende om een echte denkomslag te maken. Om dit te bewerkstelligen is scholing nodig, scholing voor medewerkers in alle lagen van de organisatie en in alle functies. De praktijk heeft geleerd dat oefening en training aan de hand van voorbeelden uit het eigen leven goed werken.

Tijdens deze scholing dienen een aantal zaken zeker aan de orde te komen. Zo is het (opnieuw) stilstaan bij de herstelbegrippen van belang: herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid. Wat betekenen ze en wat is het belang ervan? Om deze eigen te maken is het goed om na te denken over wat de begrippen betekenen in het eigen leven van de medewerkers. Iedereen maakt immers dingen mee waar van hersteld moet worden. Bijvoorbeeld een scheiding, het overlijden van een geliefde, overspannenheid, het verlies van een baan, de dood van een huisdier etc. Wat werd toen als helpend of belemmerend ervaren? Uitgaande van deze eigen ervaringen kan het gemakkelijker worden om een voorstelling te maken van wat helpend kan zijn in het leven van cliënten. Door dit te bespreken met collega's wordt het in een breder perspectief geplaatst. Van daaruit kan de stap gemaakt worden naar herstelondersteunend werken binnen het eigen team, de eigen afdeling.

De scholing kan starten met een Basiscursus herstelondersteunende zorg. Het is van belang dit niet als enige in te zetten: de cursus is een aanzet tot veranderingen, maar er is meer nodig.

Medewerkers leren in de basiscursus wat zij zelf kunnen en willen veranderen in hun attitude. Dit dient ook besproken te worden met de leidinggevende, zodat het niet op zichzelf blijft staan. Verder wordt in de basiscursus aandacht besteed aan wat er op teamniveau nodig is. Ook dit dient een plek te krijgen in de teamvergaderingen, zodat men elkaar kan steunen in dit veranderingsproces. Het is onmogelijk om herstelondersteunend te werken met maar een deel van het team. Dit is iets wat gezamenlijk ondernomen en gedragen moet worden. Daarom ook is na een *Basiscursus herstelondersteunende zorg* teamcoaching of intervisie gericht op herstelgericht werken aan te bevelen: het houdt medewerkers bij de les en het zorgt ervoor dat het een gezamenlijk doel wordt en blijft.

Basiscursus herstelondersteunende zorg

Wat is het?

Deze basiscursus introduceert de begrippen herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid en het begrip herstelondersteunende zorg.

Programma

De cursus bestaat uit twee dagen.

Op dag 1 komen de begrippen herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid aan de orde.

Doelen:

- Kennis over de begrippen herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid;
- inzicht in de betekenis van deze begrippen in het eigen leven en een voorstelling kunnen maken van hoe deze begrippen vorm kunnen krijgen in het leven van cliënten.

Er zijn diverse oefeningen en opdrachten in kleinere groepjes.

Op dag 2 komt het begrip herstelondersteunende zorg aan de orde.

Doelen:

- Kennis van wat herstelondersteunende zorg is en enige gedachten ontwikkelen over wat het werken hiermee betekent in het dagelijkse werk;
- kennis over de relatie tussen herstelondersteunende zorg, behandeling en rehabilitatie en een eerste gedachte ontwikkelen over hoe behandeling en begeleiding kunnen worden veranderd door het werken met herstelondersteunende zorg.

De dag bestaat uit kennisoverdracht, ervaringsverhalen en oefeningen.

Voor wie?

Professionals in de ggz/oggz en de maatschappelijke opvang

Bijzonderheden

Dag 1 wordt geheel gegeven door ervaringsdeskundige docenten. Op dag 2 bestaat het docententeam uit een ervaringsdeskundig docent en een rehabilitatiedocent.

Deze cursus is ontwikkeld door HEE! in samenwerking met Stichting Rehabilitatie '92.

Na de basiscursus zijn er mogelijkheden voor vervolgcursussen. Te denken valt aan de *Verdiepingscursus herstelondersteunende zorg* (HEE!), een cursus met veel ruimte voor casuïstiekbespreking, gericht op het vormgeven van herstelondersteuning in de eigen praktijk. In deze training komt ook ter sprake welke competenties van een hulpverlener worden verwacht. Die competenties zijn samengevat in bijlage III.

Een andere vervolgcursus gaat over het leren werken met en vanuit herstelondersteunende begeleidingsplannen (HEE!/Trimbos-instituut). Hiervoor is het noodzakelijk dat alle teamleden geschoold zijn in de *Basiscursus herstelondersteunende zorg* en dat de discussie over deze nieuwe manier van werken gevoerd blijft worden. Bij vervolgmogdulen is meer maatwerk op zijn plaats. Het is dan ook van belang om goed met de cursusleider door te spreken wat men wil leren en wat het beste aansluit bij het team.

10.2 Scholing managers

Net als in de training voor hulpverleners is het zinvol gebleken om managers te laten oefenen met het begrip herstel aan de hand van voorbeelden uit het eigen leven. Ook zij hebben herstellervaringen. Vervolgens is het van belang om hen te laten nadenken over herstelbevorderende en -belemmerende factoren. In een oefening kunnen zij worden uitgenodigd om zoveel mogelijk principes van herstelondersteunende zorg te traceren in hun eigen werk. Van de *Basiscursus herstelondersteunende zorg*, zoals beschreven in de vorige paragraaf, is ook een versie beschikbaar voor managers. Deze cursus komt qua opzet en inhoud grotendeels overeen met de algemene basiscursus. De belangrijkste verschillen zijn dat de cursus korter is (twee dagdelen in plaats van twee dagen) en dat stil wordt gestaan bij de wijze waarop op managementniveau met elementen van herstel en herstelondersteunende zorg kan worden gewerkt.

10.3 Scholing behandelaars

Als vervolg op de voorlichting die in de beginfase is gegeven aan behandelverantwoordelijken, is het belangrijk dat zij een herstelvisie ontwikkelen en deze vertalen naar hun eigen situatie en werkprincipes. Hiervoor is het nodig dat zij scholing ontvangen in de principes van herstelondersteunende zorg. Daarbij is het van belang om te benadrukken dat geleerde vaardigheden niet losgelaten hoeven worden, maar dat een nieuwe behandelcultuur vereist is. Voor behandelaars is nog geen specifiek scholingsaanbod ontwikkeld. Wel is het aan te bevelen om naast de basiscursus (zoals beschreven in hfdst 10.1) aparte bijeenkomsten voor behandelaars te organiseren. Daarbij moet

worden stilgestaan bij de veranderingen die herstelondersteunende zorg met zich meebrengt voor hun werk. Psychiater Ragins (2003) beschrijft dat voor de behandelaars wijzigingen moeten plaatsvinden op vier gebieden: engagement, assessment, behandeling en resultaat.

Engagement

Bij engagement gaat het om de manier waarop de behandelaar betrokken is bij de cliënt. In het medische model is het belangrijk dat er een hoge betrokkenheid is bij de ziekte van de patiënt, meer dan bij de persoon als geheel. In het herstelmodel is juist de actieve participatie van de cliënt in de behandeling cruciaal, evenals een samenwerkingssamenwerkingsrelatie met de behandelaar. De nadruk ligt meer op het veranderen van de levenskwaliteit dan op behandeling van de ziekte. Volgens Ragins kan het helpen om een herstelgerichte behandelrelatie te vergelijken met een psychotherapeutische relatie. Veel psychiaters zullen onderdelen herkennen (bv. samenwerken en het tonen van empathie) en dit vergroot mogelijk hun betrokkenheid.

Assessment

Een assessment of psychiatrisch onderzoek heeft betrekking op de complete verzameling van gegevens die relevant zijn voor de psychiatrische diagnose en behandeling. In een herstelcultuur is het bij de assessment belangrijker om een beeld te krijgen van iemands leven in het geheel dan van iemands ziekte alleen. De klassieke vraag "Wat is het probleem?" wordt vervangen door "Wat wilt u in uw leven?". Zaken rond huisvesting, financiën, kinderopvang etc. worden niet gezien als achtergrond van de symptomen, maar als belangrijke levensgebieden die bij de behandeling centraal staan. Symptomen en bijeffecten worden besproken in termen van hun effect op de levensgebieden (bv. "Wat voor verschil zou het betekenen in je leven als je geen stemmen zou horen?"). Het is van belang om door de cliënt gekozen doelen te stellen op verschillende levensgebieden.

Het herstelmodel verschuift de focus van een objectieve assessment van de signalen en symptomen van de ziekte, naar een subjectieve assessment van de ervaringen van de cliënt (al dan niet ervaren als een ziekte). Daarvoor is het heel belangrijk dat een psychiater zich kan verplaatsen in de cliënt, goed luistert en empathie toont.

Een andere verandering is de mate waarin behandelinformatie gedeeld wordt met de cliënt. De DSM wordt vooral gebruikt als communicatiemiddel tussen professionals; de cliënt wordt vaak onvoldoende geïnformeerd of in onbegrijpelijke taal. Net als in een psychotherapeutische relatie is het binnen het herstelmodel belangrijk dat met cliënten gedeeld wordt wat er met hen aan de hand is, hoe dit ontstaan kan zijn en wat eraan gedaan kan worden. Hierbij dient de psychiater aan te sluiten bij de leefwereld en culturele achtergrond van de cliënt. Assessment moet een gezamenlijk proces zijn, waarbij de cliënt wordt gezien als een volwaardige gesprekspartner.

Om een begin te kunnen maken met het herstelproces, is het voor de cliënt van belang dat hij zicht krijgt op de oorzaken en gevolgen van zijn problemen. In plaats van een eenzijdige focus op het verminderen van symptomen door medicatie, biedt het cliënten hoop als zij weten welke oorzaken zij kunnen aanpakken om hun leven te veranderen.

Behandeling

Ziektes herstellen niet, mensen herstellen. Behandeling kan bijdragen aan de persoonlijke weg naar herstel. Cliënten hebben geen behoefte aan een afstandelijke expert, maar aan meelevende, ervaren gidsen en metgezellen. Dit vereist een kleinere emotionele afstand tussen de behandelaar en de cliënt, wat zich kan uiten in iemand op zijn gemak stellen, een praatje maken en zelfs het delen van eigen persoonlijke ervaringen. De focus van de behandeling ligt binnen het herstelmodel op het leren hoe psychisch lijden in de toekomst voorkomen kan worden. Hierbij zijn het nemen van risico's, het leren van fouten en persoonlijke groei belangrijke waarden.

Het is van groot belang om de cliënt te begeleiden bij het stellen van ambitieuze doelen. De psychiater kan mensen aanmoedigen hun doelen te volgen, zonder overbeschermend of beperkend te zijn. Het vereist vaardigheden om met fouten of mislukkingen zo om te gaan dat ze een nieuwe kans bieden voor verandering.

Medicatie kan worden ingezet als hulpmiddel om doelen te bereiken en dit dient te gebeuren in samenwerking, waarbij de cliënt informatie krijgt over de verschillende keuzemogelijkheden. Samen zou moeten worden bijgehouden hoe de cliënt reageert op de verschillende medicijnen.

Het is raadzaam de methode *Shared decision making* in te zetten om te komen tot gezamenlijke besluitvorming tussen cliënt en behandelaar (zie hfdst 10.7). Het voordeel van een methodiek is dat alle behandelaars op dezelfde manier te werk gaan en het minder vrijblijvend is om op die manier te werken. Als wordt gekozen voor implementatie van deze methode, dienen de behandelaars hierover scholing te ontvangen.

Resultaat

Het belangrijkste resultaat in het herstelmodel is niet symptoomreductie, verbeterde psychische gezondheid of beter functioneren, maar: een beter leven hebben. Wat dit voor de cliënt betekent, is vastgelegd in zijn doelen. Het kan bijvoorbeeld te maken hebben met huisvesting, financiën, werk, onderwijs en sociale contacten. Maar het kan ook gaan om meer subjectieve, procesmatige uitkomsten, zoals de mate van betrokkenheid bij de behandeling (Participeert de cliënt actief in het behandelproces?), het omgaan met doelen (Lukt het de cliënt zijn doelen te bereiken? Worden de doelen steeds ambitieuzer en voelt de cliënt zich meer verantwoordelijk voor zijn eigen doelen?) en de ontwikkeling van herstel (In welke fase verkeert de cliënt en welke vooruitgang maakt hij?).

In de extra scholing voor behandelaars kan aandacht worden besteed aan bovenstaande thema's.

10.4 Stigmabestrijding

Ook als medewerkers zijn geschoold en er wordt gewerkt aan cultuurverandering, blijft er binnen en buiten de organisatie sprake van een hardnekkig probleem: stigma. Mensen met psychiatrische aandoeningen krijgen in hun dagelijks leven regelmatig te maken met discriminatie en uitsluiting. Uit een recente peiling onder 600 leden van het panel Psychisch Gezien (Overweg & Michon, 2011) blijkt dat ruim een derde van de leden zich in het afgelopen jaar gediscrimineerd of achtergesteld voelde vanwege psychische problemen, vooral bij het maken van vrienden en het zoeken naar werk of op het werk. In onze maatschappij bestaan er veel onterechte beelden of vooroordelen over mensen met psychische problemen, bijvoorbeeld dat het mensen zijn die nooit iets kunnen bereiken of altijd bepaald gedrag vertonen. Diagnoses worden soms als scheldwoord gebruikt (bv. borderliner, ADHD-er).

Uit internationaal onderzoek over stigma blijkt dat veel mensen bij psychiatrische cliënten het beeld hebben van gevaarlijke en onvoorspelbare mensen. Deze stigmatisering kan sociale uitsluiting, discriminatie en zelfstigmatisering als gevolg hebben. Ook komt naar voren dat een groot aantal mensen zich juist gediscrimineerd voelt door hulpverleners in de psychiatrie. De behandeling door psychiaters en verpleegkundigen wordt door hen als neerbuigend ervaren.

Binnen een implementatietraject herstelondersteunende zorg is het van groot belang om stigmatisering 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. Kortom, het herstel van cliënten wordt hierdoor ondermijnd.

Plooy ging in haar lezing op het Kwartiermakerscongres (2007) uitgebreid in op stigma en stigmabestrijding. Ze benadrukt daarbij ook de verwoestende effecten van zelfstigmatisering. Van zelfstigmatisering is volgens haar sprake wanneer cliënten de negatieve stereotypen die er over hen zijn gaan geloven, dus wanneer ze gaan geloven dat ze gevaarlijk, onbetrouwbaar of minder sociaal aanvaardbaar zijn dan anderen. Zelfstigmatisering leidt ertoe dat veel psychiatrische cliënten zich uit schaamte terugtrekken uit het sociaal verkeer. Het ironische is dat zij daarmee juist het beeld bevestigen dat zij vreemde types zijn met wie je geen contact kunt krijgen. Zo is de cirkel rond.

Stigmatisering binnen de instelling kan op verschillende manieren bestreden worden. De eerste stap is eenvoudigweg om er aandacht voor te hebben. Dit kan door elkaar binnen het team te bevragen op (onbewuste) vooroordelen of het voortbestaan van bepaalde (niet vanzelfsprekende) gedragspatronen. Ervaringsdeskundigen kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren door hulpverleners bewust te maken van hun vooroordelen of bejegening. Het is zinvol de routines van de organisatie kritisch onder de loep te nemen en te scannen op eventuele stigmatisering. Ga hierover met cliënten in gesprek en besteed in persoonlijke gesprekken tevens aandacht aan het bestrijden

van zelfstigmatisering. Om het onderwerp op de agenda te krijgen, is het belangrijk een visie op te stellen over het bestrijden van stigmatisering en dit te vertalen in beleid.

Een effectieve manier om zowel interne als externe stigmatisering te bestrijden, is cliënten op te leiden tot ervaringsdeskundigen, die vervolgens naar buiten treden als competente en krachtige personen om hun verhaal te doen. De instelling kan hieraan bijdragen door herstelprogramma's te faciliteren, waarin cliënten elkaar ondersteunen en ervaringen uitwisselen over werkzame manieren om met hun aandoening om te gaan. Binnen de herstelprogramma's ligt de nadruk op empowerment, wordt ervaringskennis opgebouwd en worden cliënten die daarvoor kiezen door ervaringsdeskundigen getraind om zelf ervaringsdeskundige te worden. Op deze manier wordt ook zelfstigmatisering bestreden. Bestrijding van stigma en bevordering van participatie van mensen met psychische aandoeningen werkt het beste door de versterking van psychiatrische cliënten zelf (empowerment).

Voor bestrijding van stigmatisering in de maatschappij zijn de laatste jaren verschillende strategieën toegepast. Uit onderzoek is gebleken dat het niet goed werkt om het publiek via de media aan te spreken op discriminatie; mensen hebben weerstand tegen de opgeheven vinger. Protest tegen stigmatiserende boodschappen in de media blijkt daarentegen wel te werken. In de VS houdt de organisatie *Stigma Watch* zich daarmee bezig: als mensen met een psychiatrische aandoening bijvoorbeeld in een televisieserie onjuist of stereotiep worden neergezet, wordt de media daarover aangesproken. In Nederland richt een werkgroep van Ypsilon zich hierop.

Een andere strategie is voorlichting. Door informatie te geven over psychiatrische aandoeningen, hoe vaak deze voorkomen onder de bevolking, hoe groot de kans is op herstel en hoe laag het risico op gewelddadigheid, kan de beeldvorming over psychiatrische cliënten positief worden beïnvloed.

Een manier die meer effect lijkt te hebben bij het tegengaan van stigma, is zorgen voor contact met cliënten zelf. Mensen die iemand met een psychiatrische aandoening op een positieve manier leren kennen, zullen hun algemene beeld van de psychiatrische cliënt bijstellen. Het is daarom belangrijk om als team persoonlijke interactie tussen psychiatrische cliënten en andere burgers te stimuleren, bijvoorbeeld door gezamenlijk activiteiten of projecten te organiseren en integratie van psychiatrische cliënten in het reguliere buurt- en verenigingsleven te bevorderen. De Vriendendiensten⁴ kunnen cliënten die dat nodig hebben begeleiden in sociale activiteiten en een brug slaan tussen cliënten en andere bezoekers. Financiële steun vanuit de ggz of gemeente is nodig om dit mogelijk te maken. Vaak is het geld voor de cliënten een belemmering om lid te worden van een vereniging.

⁴ Vriendendiensten, ook wel 'maatjeswerk' genoemd, brengen vrijwilligers in contact met deelnemers, mensen met psychische problemen die het moeilijk vinden om alleen op stap te gaan en behoefte hebben aan vriendschappelijk contact. De vrijwilliger en deelnemer ontmoeten elkaar regelmatig en gaan dan samen op stap. Nederland telt ongeveer zestig vriendendiensten.

Ten slotte blijkt een combinatie van voorlichting en contact goed te werken. Bij deze strategie geven psychiatrische cliënten zelf de voorlichting. Zij vertellen het publiek over de aard van hun aandoening en hoe het is om daarmee te leven. Vaak spreekt de voorlichting meer aan dan wanneer deze door een hulpverlener wordt gegeven. Bovendien krijgt de psychiatrisch patiënt op deze manier een gezicht en kan de ontmoeting bepaalde vooroordelen of stereotypen wegnemen. Door cliëntenorganisaties worden steeds vaker ervaringsdeskundigen getraind om als voorlichter op te kunnen treden.

Een initiatief dat hierbij aansluit is De Mensenbieb. Dit idee werd in 2005 bedacht door Kim Tsai om tijdens een aantal Drentse zomerfestivals het contact tussen bevolkingsgroepen te verbeteren. Zoals iemand bij een bibliotheek een boek of een cd leent, leent hij bij De Mensenbieb een mens - bijvoorbeeld een allochtoon. De Mensenbieb is een methode om mensen bewust te maken van hun eigen invalshoeken en vooroordelen (www.mensenbieb.nl). Het concept is overgenomen in verschillende regio's om integratie te bevorderen, maar ook vanuit de psychiatrie wordt dit idee omarmd. Mensen die de psychiatrie van binnenuit kennen, kunnen worden 'geleend' door scholen en buurthuizen of bij evenementen om daar hun verhaal te vertellen. Deze ontmoeting leidt veelal tot positieve reacties, openheid en een vermindering van vooroordelen.

10.5 Herstelondersteunende begeleidingsplannen

Als hulpverleners en ervaringsdeskundigen 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. In veel instellingen wordt gewerkt 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 standaard doelen, zoals "de cliënt moet stabiliseren". Ook staan vaak de problematiek en beperkingen van de cliënt centraal, in plaats van de 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. In het plan staan het levensverhaal van de cliënt, een krachten- en stressorenanalyse, zelfregie en keuze uit twaalf levensgebieden centraal.

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 erom helder te krijgen welke talenten de cliënt heeft, welke talenten er waren in het verleden die nu niet meer gebruikt worden

en 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.

De krachtenanalyse wordt gebaseerd op het krachtenmodel (Strengths model) van Rapp (2006). Er wordt stilgestaan bij persoonlijke eigenschappen, talenten, vaardigheden en interesses van de cliënt en bij krachtbronnen in zijn omgeving. Afwijkend van het krachtenmodel heeft de werkgroep van de SBWU ervoor gekozen tevens ruimte te laten 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).

Cliënten worden uitgedaagd om aan te geven op welke levensgebieden (maximaal vijf) zij doelen willen stellen en maken daarbij een keuze uit: wonen; dagbesteding; sociale contacten; financiën en administratie; lichamelijke gezondheid; geestelijke gezondheid; begeleiding; middelengebruik; justitiële contacten; zingeving; relaties, intimiteit en seksualiteit; opvoeding en kinderen. Voor het gezinsteam komen daar vijf extra keuzegebieden bij: relaties en rollen in gezin; opvoedvaardigheden; ontwikkeling kinderen; veiligheid kinderen; school kinderen. Bij alle gekozen gebieden komen de volgende vragen aan bod: 1) Hoe gaat het nu?, 2) Wil ik iets veranderen en zo ja, wat?, 3) Hoe ga ik dit bereiken en wat heb ik hiervoor nodig?, 4) Waaruit bestaat de begeleiding op dit moment?

Het is goed te realiseren dat het invoeren van een nieuw format ter vervanging van oude begeleidings- of verpleegplannen veel tijd en aandacht vergt. Er moet een werkgroep worden samengesteld met voldoende cliënt- en begeleidersvertegenwoordiging en de nieuwe plannen dienen in een pilot te worden uitgetoetst en zo nodig te worden bijgesteld. Medewerkers en cliënten moeten leren werken met het nieuwe plan. Bovendien zijn de plannen alleen herstelondersteunend als begeleiders bij het opstellen ervan een juiste attitude hebben en de organisatie als geheel gericht is op herstel.

Bij de SBWU werd een werkgroep opgericht onder leiding van de stafafdeling Kwaliteit en Zorgbeleid om na te denken over de wijze waarop het begeleidingsplan meer herstelondersteunend gemaakt kon worden. Dit idee kwam voort uit een evaluatie van het begeleidingplan waaruit bleek dat de plannen niet langer aansloten bij de herstelvisie die de SBWU voorstaat. De werkgroep werd breed samengesteld om een zo breed mogelijk draagvlak te creëren. Het totale project van ontwerp tot implementatie nam ruim twee jaar in beslag. Naast het format voor het begeleidingsplan is een handleiding ontwikkeld voor cliënten en begeleiders voor het werken met het nieuwe begeleidingsplan. Het plan is ingevoerd in drie fasen: een pilot van zes weken op drie verschillende locaties, scholing van een dagdeel voor alle persoonlijk begeleiders en gefaseerde start van het werken met het nieuwe plan na de scholingsbijeenkomst. Er werd een telefonische helpdesk geopend die 20 uur per week bereikbaar was voor inhoudelijke en technische vragen (Bergmans & Beentjes, 2011).

Herstelondersteunende begeleidingsplannen: do's en don'ts

Do's

- *De krachten, talenten en mogelijkheden van cliënten zijn leidraad voor de hulpverlening.*
- *Het plan brengt in kaart welke wensen en ambities iemand heeft.*
- *Het plan brengt in beeld welke hulpbronnen hij/zij daarvoor heeft.*
- *Het plan maakt duidelijk welke ondersteuning de cliënt graag wil en op welke wijze.*
- *Het tempo wordt bepaald door de cliënt.*
- *Het taalgebruik sluit aan bij de cliënt.*
- *De cliënt heeft voldoende keuzemogelijkheden.*
- *Er is aandacht voor het netwerk van de cliënt.*

Don'ts

- *De diagnose, ziektegeschiedenis en beperkingen staan centraal.*
- *Het soort doelen ligt bij voorbaat vast.*
- *Doelen worden geformuleerd door de hulpverlener.*
- *De meeste doelen zijn vanuit het perspectief van hulpverleners gesteld:*
 - *de cliënt dient zijn dag- en nachtritme terug te krijgen;*
 - *de cliënt moet stabiliseren;*
 - *de cliënt krijgt ziekte-inzicht.*
- *Het plan gaat vooral over problemen en beperkingen.*

Bron: HEE-team, werkmateriaal 2009

10.6 Strengths model

Delen uit de herstelondersteunende begeleidingsplannen van de SBWU zijn gebaseerd op het Strengths model. Dit 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 ontleend worden 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 er vanuit dat mensen die lijden aan een ernstige psychiatrische aandoening voortdurend kunnen leren, groeien en veranderen als de individuele en omgevingskrachten op de juiste wijze worden aangewend. Een concreet onderdeel waarmee binnen *Strengths* wordt gewerkt, is de uitvoering van een persoonlijk herstelgericht plan.

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 empowermenttheorie-

en waarin de eigen krachten van cliënten en de mobilisatie van deze krachten centraal staan.

Een aantal algemene uitgangspunten van het Strengths model is:

- 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;
- nauw aansluiten bij herstelprocessen.

Stappen in het Strengths model zijn:

- relatie opbouw;
- uitvoeren van een strengths assessment, resulterend in 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.

Een voorbeeld van een strengths assessment is opgenomen in bijlage IV.

10.7 Shared decision making

Shared decision making (Deegan & Drake, 2006) is een met ICT ondersteunde methode die erop gericht is dat de behandelaar en hulpvrager tot een gezamenlijk besluitvormingsproces komen op basis van de ervaringskennis van de cliënt, wetenschappelijke richtlijnen en de inzichten van de hulpverlener. *Shared decision making* (SDM) is ontwikkeld in de Verenigde Staten en wordt inmiddels bij verschillende Nederlandse instellingen uitgetoetst.

Conceptueel ligt SDM in tussen de traditionele paternalistische benadering waarbij de arts beslist, en de cliënt-autonome manier waarbij de cliënt zelf beslist over de eigen behandeling. Bij SDM staat de gelijkwaardige dialoog tussen behandelaar en cliënt centraal.

Inspraak hebben 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, behandel-

mogelijkheden, mogelijke bijwerkingen) en waarden te delen om te komen tot een weloverwogen beslissing ten aanzien van de behandeling. SDM is ook zeer behulpzaam in situaties waarin er geen overeenstemming is tussen cliënt en hulpverlener over de in te zetten behandeling, bij behandelingen waar zowel voor- als nadelen aan verbonden zijn of als nog onvoldoende empirisch bewijs voorhanden is over de behandeling.

Voorafgaand aan het gesprek met de behandelaar vult de cliënt een vragenlijst op de computer in. 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 wordt de vragenlijst opnieuw ingevuld, zodat de cliënt en de behandelaar de voortgang kunnen monitoren.

Uit Amerikaans onderzoek (Deegan & Drake, 2006; Hamann e.a., 2006) blijken 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. Er wordt gebruik gemaakt van speciale software, waarbij de cliënt kan aangeven hoe hij tegen het eigen medicijngebruik aankijkt. Het rapport van de resultaten biedt een ingang in 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.

10.8 Training herstelondersteunend omgaan met mensen met psychische aandoeningen

Een veelgehoorde klacht van mensen met psychische aandoeningen is dat het werken met psychiatrische diagnoses negatieve effecten heeft. Genoemd worden bijvoorbeeld: vereenzelving van de persoon met zijn of haar ziekte, het aanpraten van een sombere prognose, veronderstelde beperkingen op het gebied van werk en studie. Diagnoses kunnen op deze manier stigmatiserend werken. Het gaat daarbij niet alleen om stigmatisering door anderen, maar ook om zelfstigmatisering. Op den duur gaat iemand zelf geloven wat anderen over hem of haar zeggen.

Hiertegenover staat dat het werken met psychiatrische diagnoses ook zekerheid kan geven en dat de keuze van behandeling (bijvoorbeeld van medicijnen) mede aan de hand van de diagnose wordt bepaald.

De conclusie luidt dat psychiatrische diagnoses terughoudend en liefst in dialoog met de cliënt gebruikt zouden moeten worden. De training *Herstelondersteunend omgaan met mensen met psychische aandoeningen* (HOMPA) geeft handvatten om dit in praktijk te brengen. Deze training is ontwikkeld door Stichting Rehabilitatie '92 (Dröes) in samenwerking met het Bureau Herstel van de SBWU (Kole en Timmer) en wordt gegeven door een duo van een rehabilitatiedocent van Stichting Rehabilitatie '92 en een ervaringsdeskundige.

De HOMPA heeft als doelen: kennismaken met enkele veelvoorkomende ziektebeelden, leren benoemen van en reageren op problematisch gedrag, en leren bespreken van de aandoeningen en hun verband met het individuele herstelproces.

Het programma van de training bestaat uit zes dagdelen van drie uur:

- Dagdeel 1: Inleiding, begrippenkader, film over schizofrenie, relatie aandoeningen en herstel.
- Dagdeel 2: Psychische aandoeningen benoemen als (onderdeel van) communicatieproblemen, film over angst en dwangstoornis, communicatieproblemen en specifieke bejegeningen, relatie communicatieproblemen en herstel.
- Dagdeel 3: Psychische aandoeningen benoemen als stoornissen van de psychische functies, film over depressie, stoornissen van de psychische functies en manieren om daarmee om te gaan, relatie psychische functiestoornissen en herstel.
- Dagdeel 4: Psychische aandoeningen benoemen als psychiatrische ziektebeelden, film over bipolaire stoornis, ziektebeelden, voors en tegens van het gebruik van ziektebeelden, relatie ziektebeelden en herstel.
- Dagdeel 5: Het individueel gebruiken van het begrippenkader geoefend aan de hand van casuïstiek, film borderline stoornis.
- Dagdeel 6: Het gebruiken van het begrippenkader in teamverband aan de hand van casuïstiek, film over verslavingsproblematiek.

In elke bijeenkomst wordt met de cursisten gekeken naar voorbeelden van communicatieproblemen, functiestoornissen en ziektebeelden uit het eigen leven. Tevens wordt aandacht besteed aan het gesprek met de cliënt over zijn benoeming en zijn manieren van omgaan met zijn aandoening.

Het terughoudend gebruiken van psychiatrische diagnoses wordt uitgewerkt in de gedachte dat men problematisch gedrag zo mogelijk eerst benoemt als onderdeel van een communicatieprobleem. De oplossing wordt dan gezocht in een andere bejegening. Wanneer dit niet voldoende is, onderzoekt men of het problematisch gedrag kan worden benoemd en behandeld als een stoornis van de psychische functies. Is dit ook niet voldoende, dan kan het problematisch gedrag worden benoemd en behandeld als symptoom van een ziektebeeld.

In alle gevallen is het belangrijk om met de cliënt te bespreken hoe die het problematisch gedrag zelf benoemt en welke manieren van omgang ermee hij/zij zelf al heeft uitgevonden.

De HOMPA is in eerste instantie ontwikkeld voor begeleiders en verpleegkundigen in beschermende woonvormen en ambulante teams. Voor andere disciplines (bijvoorbeeld behandelaars, studiebegeleiders) kan een aangepaste versie worden verzorgd.

10.9 Rehabilitatiemethodieken

Rehabilitatie is een hulpverleningsvorm die is gericht op het herstel van activiteiten (dagelijks functioneren) en participatie (rolfunctioneren). Rehabilitatie gaat ervan uit

dat herstel van rollen en dagelijkse routines doorwerkt in het herstel van persoonlijke identiteit en gezondheid. Rehabilitatie kan gedefinieerd worden als: “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 hangt de mate waarin de methodiek daadwerkelijk als herstelondersteunend wordt ervaren grotendeels af van de wijze waarop hulpverleners de methodiek inzetten. We gaan nu kort in op twee bekende rehabilitatiemethodieken.

Individuele rehabilitatie benadering

De Individuele rehabilitatie benadering (IRB) is een rehabilitatiestroming die als missie heeft om mensen met psychiatrische beperkingen beter te helpen functioneren, zodat ze met succes en tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten hebben in de omgeving van hun keuze, met zo min mogelijk professionele hulp (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, en dat mensen deze wensen en doelen kunnen 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 het 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, te kiezen, te verkrijgen en te behouden, zijn modules (de 'IRB-techniek') ontworpen. De modules zijn gericht op rolherstel op een viertal rehabilitatiedomeinen:

- wonen;
- werken/dagbesteding/vrije tijd;
- leren;
- sociale contacten.

De IRB-modules zijn:

- het scheppen van een band;
- doelvaardigheid beoordelen, bespreken en ontwikkelen;

- het stellen van een rehabilitatiedoel;
- functionele diagnostiek;
- hulpbronnendiagnostiek;
- 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).

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen

Een andere rehabilitatiemethode is het Systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH) (Wilken & Den Hollander, 2007). Deze methodiek heeft als intentie de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren, door middel van het omgaan met de kwetsbaarheid, verbetering van milieus en het vergroten van de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving.

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 zodanige wijze 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: 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.

De uitwerking van 'de wens van de cliënt' in SRH verschilt van de IRB: de IRB richt zich op activiteiten en participatie door het vervullen van door de cliënten zelf gewenste rollen, in plaats van op het algemenere begrip 'levenskwaliteit' zoals dat bij SRH het geval is. Waar bij de IRB uitsluitend de wens van de cliënt het uitgangspunt is, komt bij SRH zo nodig het initiatief meer bij de hulpverleners te liggen. In dat geval wordt deelname van de cliënt zo veel mogelijk bevorderd, opdat de wens van de cliënt weer richtinggevend kan zijn. Beide benaderingen verschillen fundamenteel in hun visie op herstelondersteunende zorg. Terwijl de IRB uitgaat van de regie bij de cliënt, is SRH meer gericht op een gezamenlijke regie in een goede samenwerkingsrelatie tussen cliënt, hulpverleners en naastbetrokkenen. Het is belangrijk dat een organisatie zich verdiept in de verschillende visies alvorens een keuze te maken voor een bepaalde methodiek.

11 Vervolgtraject op organisatieniveau

Terwijl cliënten en medewerkers aan de slag gaan met cursussen en herstelondersteunende methodieken, is het belangrijk het proces te faciliteren en te monitoren. Het projectteam zal in deze fase te maken krijgen met tegenslag of weerstand. In dit hoofdstuk geven we enkele tips om hiermee om te gaan. Ook beschrijven we activiteiten die het enthousiasme voor herstel (weer) kunnen aanwakkeren in de organisatie. Ten slotte geven we voorbeelden van herstelgerichte initiatieven binnen ggz-instellingen in ons land.

11.1 Hobbels en valkuilen tijdens de vervolgfase

In de vervolgfase zal steeds meer duidelijk worden dat de implementatie van herstelondersteunende zorg meer is dan alleen techniek. Een goed doortimmerd plan, een gedreven projectleider en een heldere projectstructuur zijn belangrijke voorwaarden, maar geen garantie voor succes. Het uitvoeren van een implementatietraject is vooral mensenwerk. Een projectteam heeft te maken met verschillende belanghebbenden (cliënten, collega's, managers, familieleden) die overtuigd moeten raken van het belang en het nut van herstelondersteunende zorg. Het is niet op voorhand gezegd dat alle neuzen dezelfde kant op staan. Daarnaast dient rekening gehouden te worden met de context: de organisatie waarvan het team deel uitmaakt en de landelijke ontwikkelingen. In die omgeving gebeurt van alles dat van invloed kan zijn op de voortgang van het project, soms in negatieve en soms in positieve zin. Het gaat dan in feite over de twee onderste kwadranten uit de SWOT-analyse, de kansen en bedreigingen.

Het managen van processen en veranderingen is een vak apart en vergt veel van met name de projectleider. Binnen deze handreiking voert het te ver om alle ins en outs van verandermanagement te bespreken. Wat wij in deze paragraaf vooral beogen, is projectleiders en projectteams erop voor te bereiden dat de praktijk weerbarstig is en dat geen enkel implementatietraject zonder horten of stoten verloopt. Om te kunnen anticiperen op knelpunten die zich kunnen voordoen tijdens de vervolgfase van het implementatietraject, beschrijven we er een aantal. We sluiten af met enkele praktische tips en handreikingen.

“Er zijn zoveel andere dingen die aandacht vragen.”

Het projectteam maakt deel uit van een bredere context. En die context is continu in beweging. De ggz-instellingen opereren in een ingewikkeld krachtenveld en hebben te maken met verschillende belanghebbenden, zoals overheden, financiers, verzekeraars, inspectie en cliëntenorganisaties. Al die partijen stellen eisen aan en hebben verwachtingen van de organisatie. Er wordt druk gefuseerd en gereorganiseerd, nieuwe registratiesystemen worden ingevoerd, er moet worden voldaan aan de eisen van de HKZ, er moeten nieuwe producten ontwikkeld worden, er staan verhuizingen op stapel.

Kortom: managementteams hebben vaak een drukke beleidsagenda. Het implementatietraject herstelondersteunende zorg zal dus in de praktijk moeten wedijveren met andere projecten en speerpunten, die vaak ook nog eens hoger op de prioriteitenlijst staan, bijvoorbeeld omdat er geld mee gemoeid is of omdat de concurrentiepositie in het geding is.

"Het duurt allemaal zo lang."

Het gebeurt regelmatig dat een projectteam vol enthousiasme en ambitie van start gaat met de implementatie van herstelondersteunende zorg, maar eenmaal bezig worden resultaten maar mondjesmaat geboekt. Vaak zijn medewerkers nog niet toe aan verandering en vinden ze het lastig om kritisch naar hun eigen handelen te kijken. Attitudeverandering kost tijd. Er zal veel energie gestoken moeten worden in het informeren en scholen van medewerkers. Daarnaast roept het thema herstel veel vragen en discussie op en heeft het tijd nodig voor men begrijpt wat met herstel bedoeld wordt. Bewustwording van herstel ontstaat gaandeweg en is een cruciale eerste stap. Bovendien is het van groot belang dat projectteamleden zich realiseren dat herstel zich niet laat forceren. Herstelondersteuning is per definitie volgend ten aanzien van herstelprocessen die beginnen bij cliënten. Cliënten maken een groeiproses door – al dan niet tot ervaringsdeskundigen – en daar is tijd voor nodig.

"Alles komt op mij neer."

Hier zullen met name projectleiders regelmatig tegen aanlopen. Vaak zie je dat het team enthousiast van start gaat, maar dat gaandeweg de aandacht verslapt (mede als gevolg van de hierboven beschreven obstakels) en de 'spirit' wegebt. Het enthousiasme en de daadkracht van een projectteam is vaak ook seizoensgebonden; na de zomer- en kerstvakantie is het weer moeilijk op stoom komen en is het aan de projectleider om het schip weer vlot te trekken.

"We krijgen onze collega's niet mee."

Na verloop van tijd kan er een kloof ontstaan tussen het projectteam (de voorhoede, ook wel *change agents of early adoptors* genoemd) en de overige teamleden. Je ziet dan dat het projectteam enthousiast werkt aan de implementatiedoelen, experimenteert met nieuwe werkwijzen of nieuwe methodieken, maar dat de andere collega's blijven hangen in de oude manier van doen. Soms zie je ook dat de mate waarin men meegaat in de vernieuwingen, disciplinegebonden is. Het lukt dan bijvoorbeeld wel om de verpleegkundigen enthousiast te krijgen, maar de behandelaars houden de dominante cultuur en werkwijzen in stand.

"Mijn leidinggevende geeft niet thuis."

Het vak van projectleider kan eenzaam zijn. Als projectleider ben je kartrekker van een projectteam, moet je met allerlei zaken rekening houden, kom je soms beren tegen op je pad en dan is het fijn als je voor een goed gesprek terecht kunt bij je leidinggevende. Helaas werkt het niet altijd zo. Leidinggevers hebben het vaak druk, hebben veel tegelijk aan hun hoofd en worden nogal eens weggezogen van de inhoud. Toch is het

belangrijk dat je als projectleider over voldoende hulp- en steunbronnen in je omgeving kunt beschikken.

Praktische tips en handreikingen

Hoe houd je de vaart in het implementatietraject? Natuurlijk is iedere situatie anders en dat betekent dat de gouden oplossing niet voorhanden is. We beschrijven een aantal algemene tips en handreikingen:

Houd de discipline en de moed erin.

Blijf als projectteam regelmatig bijeen komen. Stel van tevoren een vergaderrooster op en houd je daaraan. Ga niet bij de pakken neerzitten als het even tegen zit.

Niet praten, maar doen.

Blijf niet te lang in de voorbereidingsfase hangen. Ga snel aan de slag. Durf te experimenteren. Durf keuzes te maken en besluiten te nemen.

Durf te delegeren.

Maak afspraken over de taakverdeling binnen het projectteam en houd je eraan. Stel portefeuillehouders aan. Maak mensen medeverantwoordelijk. Voorkom als projectleider dat het hele projectteam aan je gaat hangen. Wees er tegelijkertijd alert op dat de taakverdeling niet als te dwingend wordt ervaren en van bovenaf opgelegd. Houd rekening met de affiniteiten en deskundigheden van mensen en pas de 'strategie der verleiding' toe.

Creëer gezamenlijkheid en leer als team.

Het is belangrijk dat het projectteam in z'n geheel leert, innoveert en verandert. Teamleren ontstaat pas als het team wordt geconfronteerd met nieuwe kennis en ideeën, bijvoorbeeld door middel van een opleiding, een congres of via externe deskundigen. Het hele projectteam zal dus moeten deelnemen aan vormen van scholing en deskundigheidsbevordering. Dit teamleren is belangrijk om innovaties en verbeteringen te realiseren en te borgen, omdat men anders blijft hangen of terugvalt in 'oud' gedrag. Ervaringsdeskundigen in het team die een 'luis in de pels' functie vervullen, zijn daarbij helpend.

Bouw evaluatiemomenten in.

Houd iedere zes weken een evaluatie binnen het projectteam. Bespreek de concrete resultaten tot dusver en besteed aandacht aan de procesgang. De PDSA kan hierbij een hulpmiddel zijn.

Vier je successen.

Maak je successen zichtbaar en breng ze naar buiten. Door successen te vieren en zichtbaar te maken aan de omgeving, worden het enthousiasme en de drive om door te gaan, gestimuleerd. Draag zorg voor interne PR. Zie hoofdstuk 8.9 voor de werkwijze en goede voorbeelden van communicatie. Laat je daarbij ondersteunen en adviseren

door een communicatiemedewerker. Zorg ervoor dat de inbreng van cliënten op dat vlak wordt gestimuleerd en gefaciliteerd. Een interview met een cliënt of een ervaringsverhaal zal de betrokkenen over het algemeen meer aanspreken dan een bericht van de projectleider.

Informeer en betrek je collega's.

Het is belangrijk dat alle medewerkers worden geschoold in herstelondersteunende zorg. Daarmee wordt voorkomen dat het implementatietraject wordt gezien als alleen iets van het projectteam. Bespreek de voortgang van het traject regelmatig in de (multidisciplinaire) teams. Claim tijd op de teamagenda. Probeer collega's van buiten het projectteam ook op organische wijze te betrekken bij de uitvoering van de plannen. Leg ze bijvoorbeeld je plannetje voor, vraag ze om mee te denken.

Als je merkt dat je boodschap niet aankomt en mensen in de weerstand schieten, kan ook worden gekozen voor een zogenaamde 'boostersessie'. Zo'n boostersessie kan verschillende vormen aannemen. Denk bijvoorbeeld aan het inhuren van een spreker van buitenaf of aan het gezamenlijk afleggen van een werkbezoek. De boostersessies hebben als functie dat ze de individuele teamleden prikkelen en betrekken bij het implementatietraject.

Wissel ervaringen en good practices uit.

In het verlengde van het voorgaande: blijf niet op je eigen eilandje, maar zoek contact met andere afdelingen of instellingen en wissel ervaringen en good practices uit. Ga eens 'gluren bij de burens'. Breng een werkbezoek met het hele projectteam aan een andere organisatie. Laat je inspireren, ga kijken hoe anderen het doen.

Houd je baas bij de les.

Plan als projectleider een periodiek overleg met je direct leidinggevende. Wees duidelijk in wat je nodig hebt om de plannen tot een succes te maken.⁵

11.2 Procesmonitoring en kwaliteitsbewaking

Om te voorkomen dat het project inzakt, is het in de vervolgfase van groot belang het proces te blijven volgen en de kwaliteit te bewaken. Hiervoor moet gezocht worden naar een werkbare structuur. Ten eerste is het essentieel dat de stuurgroep met een vaste frequentie bij elkaar komt en dat ook blijft doen, zodat het traject geborgd kan worden (zie hfdst 8.3). In de vervolgfase zal een frequentie van één keer per maand of per zes weken nodig zijn om de vaart erin te houden. Dit kan later eventueel worden verminderd naar één keer per twee maanden. In de stuurgroep zitten vertegenwoordigers van het management, de directie en de cliënten.

Een jaarlijkse meting op teamniveau met de ROPI (zie hfdst 8.7) is een geschikte

⁵ De tekst in paragraaf 11.1 is grotendeels overgenomen van ongepubliceerde teksten van Laura Neijmeijer, wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut.

methode om de voortgang te volgen. Ook metingen op cliëntniveau zijn daarbij zinvol (zie hfdst 6.5). Daarnaast is het belangrijk cliënten structureel een stem te geven door bijvoorbeeld de oprichting van reflectiegroepen, 'denktanks' of cliëntenpanels, bestaande uit ervaringsdeskundigen en cliënten. Net als de stuurgroep komen deze groepen regelmatig bij elkaar om over het vervolg van het traject na te denken. Korte lijntjes tussen de stuurgroep en cliëntengroepen zijn nodig om gezamenlijk op te trekken.

11.3 Activiteiten die het herstel aanwakkeren

Het vuur van herstel en herstelondersteunende zorg kan door bepaalde activiteiten steeds weer worden aangewakkerd binnen de organisatie. In de eerste plaats werkt het zeer inspirerend voor zowel cliënten als medewerkers om herstelverhalen te horen. Het is daarom belangrijk podia te bieden voor cliënten die begonnen zijn met het maken van hun herstelverhaal. Voor de persoon zelf kan het veel betekenen het levensverhaal publiek te maken. Boevink (2006) beschrijft het zo: "Schrijven over je ervaringen schept afstand en die afstand creëert ruimte voor iets nieuws, voor een nieuwe kijk op de eigen ervaringen, voor een nieuwe identiteit, voor nieuwe rollen." Door het herstelverhaal te delen met andere cliënten en met hulpverleners, wordt een gesprek op gang gebracht tussen de cliënten en hulpverleners. Hulpverleners kunnen hierdoor tot nieuwe inzichten komen in de problemen van hun cliënten. Het vertellen van persoonlijke ervaringen is niet het hoofddoel, maar een middel om iets te illustreren, een standpunt duidelijk te maken of een discussie aan te zwengelen. De organisatie kan ervoor zorgen dat er bijvoorbeeld maandelijks een of meer cliënten ruimte hebben om tijdens een themabijeenkomst hun verhaal te vertellen aan belangstellenden en na afloop met de aanwezigen in gesprek te gaan. Hierbij moet een maximum van twintig deelnemers worden aangehouden, zodat een veilige, intieme sfeer kan ontstaan. Bij voorkeur gaat het om een gemengde groep, waarvan minstens de helft cliënt is.

Een andere manier om het vuur van herstelondersteuning brandend te houden, is door een netwerk van ambassadeurs op te zetten: voorvechters van herstelgeoriënteerde zorg binnen de verschillende geledingen van de organisatie. Binnen de organisatie kunnen bijvoorbeeld twintig tot veertig ambassadeurs worden ingezet (afhankelijk van de grootte van de instelling), die het gedachtegoed uitdragen van herstelondersteunende zorg. Zij kunnen dit doen door themabijeenkomsten of studiedagen over herstel te organiseren, herstelwerkgroepen op te starten, een herstelondersteunende methodiek onder de aandacht van medewerkers te brengen, de herstelvisie bekend maken bij medewerkers en (mede-)cliënten enzovoorts. Het is belangrijk dat er regelmatig intervisie plaatsvindt tussen herstelambassadeurs. Het ambassadeursnetwerk bestaat bij voorkeur uit ervaringsdeskundigen of is een gemengde groep van cliënten en medewerkers. Na scholing of een symposium over herstel kan bijvoorbeeld gevraagd worden wie gemotiveerd is om herstelambassadeur te worden. Op deze manier worden alleen medewerkers en cliënten geselecteerd die passie hebben voor het onderwerp.

Een soortgelijke structuur die soms wordt gehanteerd, is het werken met aandachtsfunctionarissen. GGZ Oost Brabant heeft positieve ervaringen opgedaan met een groep van 25 aandachtsfunctionarissen in de woon- en activiteitenteams (Van Heugten & Van Rooijen, 2009). De aandachtsfunctionarissen konden zich aanmelden na presentaties te hebben bijgewoond over herstel. Zij kregen een rol als kartrekker en pleitbezorger voor herstelondersteunende zorg binnen het eigen team. Hun specifieke taak was het voorbereiden van casuïstiek voor de herstelgerichte teamcoaching die was ingevoerd binnen GGZ Oost Brabant en werd ondersteund door ervaringsdeskundigen (zie volgende paragraaf). De aandachtsfunctionarissen kregen eenmaal per zes weken coaching door de inhoudelijk projectleider in twee groepen van ongeveer twaalf mensen.

In de praktijk worden de termen aandachtsfunctionaris en herstelambassadeur vaak voor vergelijkbare rollen gebruikt. Het is bij de keuze van een structuur in elk geval belangrijk dat niet alleen medewerkers een aparte taak krijgen, maar juist dat cliënten en medewerkers samen kunnen optrekken bij het aanwakkeren van herstelondersteunende zorg.

Om cliënten en medewerkers enthousiast en betrokken te houden, is het tevens belangrijk successen bekend te maken. Daarbij kunnen allerlei communicatiemiddelen worden ingezet (zie hfdst 8.9). De successen kunnen herstelverhalen zijn, maar ook toegenomen scores op een herstelondersteunend meetinstrument of nieuwe (cliëntgestuurde) initiatieven.

De herstelambassadeurs en leden van het projectteam kunnen ook af en toe inspirerende activiteiten organiseren om het thema herstelondersteuning levend te houden. Een expert van buiten uitnodigen, theater of cabaret rond het thema, een discussiebijeenkomst etc.

11.4 Voorbeelden van herstelgerichte initiatieven

Als binnen een organisatie sprake is van een groeiende oriëntatie op herstel en op alle niveaus aandacht aan dit thema wordt besteed, zullen cliënten, medewerkers of het management spontaan herstelgerichte initiatieven gaan ontwikkelen. Het projectteam en het management moeten zulke projecten van harte faciliteren en ondersteunen. GGZ Nederland maakte een overzicht van herstelondersteunende activiteiten bij ggz-instellingen anno 2010. Daarin staan verschillende voorbeelden van initiatieven die zijn voortgekomen uit een omslag in denken. We noemen enkele voorbeelden:

- activiteiten van het Bureau Herstel, o.a. uitgave studiemateriaal, adviseren management van de SBWU, trainingen en intervisie voor begeleiders en cursussen en werkgroepen voor cliënten (SBWU);
- de invoering van herstelgerichte teamcoaching, een soort intervisiebijeenkomsten met het team met ondersteuning van een ervaringsdeskundige, waarbij attitudeverandering van hulpverleners centraal staat (GGZ Oost Brabant);

- structurele inzet van ervaringsdeskundigen, visie- en beleidsontwikkeling op dit gebied, aanbieden scholing voor ervaringsdeskundigen (o.a. GGZ Centraal), opzetten van coachingstrajecten voor afdelingsteams die een ervaringswerker krijgen (Dijk en Duin);
- de invoering van een nieuwe methodiek, zoals het Strengths model (o.a. Emergis, GGZ NHN) of Milieurehabilitatie (Altrecht);
- oprichting expertkring Herstel en Rehabilitatie met vertegenwoordigers van cliënten, hulpverleners, familie en managers (GGNet);
- ontwikkeling van persoonlijke en maatschappelijke steunsystemen rond en met kwetsbare mensen met psychische problemen (o.a. GGzE, GGZ NHN);
- werken met zogenaamde bouwgroepen waarin cliënten in lotgenotencontact samen werken aan het eigen steunsysteem (GGzE);
- ontwikkeling van een digitale persoonlijke portal voor o.a. toegang tot het eigen dossier (Altrecht);
- cliëntgestuurde werkprojecten, zoals Stadsbrug, Utrecht Underground, Perron 20 (Altrecht);
- ontwikkeling van herstelkaartjes om het gesprek over herstel op laagdrempelige wijze op gang te brengen (RIBW Midden-Brabant);

Uitgelicht: herstelkaartjes

RIBW Midden-Brabant nam deel aan het verbetertraject Herstelgerichte zorg voor langverblijvers (Zorg voor Beter) en ontwikkelde in dat kader '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 behoeften, 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. Gebleken is 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. Gebleken is 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: 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.

-
- oprichting Stichting de Buitenkans die zich door middel van allerlei gezamenlijke activiteiten van zorggebruikers en andere burgers inzet voor positieve beeldvorming (GGZ NHN);
 - activiteiten van het PEP-team (Pameijer Ervaringsdeskundigen Promotieteam) dat vanuit het oogpunt van voorlichting, educatie en stigmapbestrijding vertelt over empowerment, herstel en ervaringsdeskundigheid aan de hand van persoonlijke herstelverhalen (Pameijer);
 - de verpleegpost opheffen en ombouwen tot een open werkplek (Dijk en Duin);

Uitgelicht: sloop van de verpleegpost

Dijk en Duin heeft het drastisch aangepakt binnen het verbetertraject Herstel-gerichte zorg voor langverblijvers (Zorg voor Beter): cliënten en medewerkers hebben de verpleegpost 'gesloopt' en daarvoor is een open balie in de plaats gekomen. 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.

- familiecontactdagen georganiseerd door cliënten en medewerkers (Emergis);
- implementatie van de crisiskaart, terugdringen van dwang en drang (vele instellingen);
- ROPI afname op basis waarvan nieuwe doelen zijn geformuleerd (vele instellingen).

Naast alle afzonderlijke initiatieven van instellingen, zijn er ook samenwerkingsverbanden ontstaan, zoals bij de oprichting van de *Werkplaats Herstelondersteuning. Van kans naar realiteit!*, een gezamenlijk initiatief van de SBWU, Riwis Zorg & Welzijn, GGZ Nederland, HEE!, SoSe, Kwintes, Mensana en Phrenos (2011). Deze initiatiefgroep heeft als doel om met en van elkaar te leren en samen te werken aan de verdere verspreiding en ontwikkeling van herstel en herstelondersteuning, binnen en buiten de ggz.

Deel IV Verankering



Inleiding

In de slotfase van het implementatietraject gaat het erom dat de behaalde resultaten worden vastgehouden, maar ook dat de werkwijze verankerd wordt in de dagelijkse routine. Bovendien kunnen positieve resultaten, als ze zich ervoor lenen, worden verspreid naar andere locaties of instellingen. In de praktijk is de fase van verankering nog onvoldoende uitgekristalliseerd; tot nu toe hebben weinig organisaties laten zien hoe de borging van herstelondersteunende zorg idealiter verloopt. Met andere woorden: het blijkt voor instellingen moeilijk te zijn de behaalde resultaten vast te houden. Tegelijkertijd geldt ook dat enkele instellingen al vergevorderd zijn met de verankering van herstelondersteunende zorg op alle niveaus.

Herstelondersteunende zorg vraagt een paradigkawisseling: niet het terugdringen van stoornissen staat centraal, maar het bieden van ondersteuning bij het herstel door cliënten als gelijkwaardige partners te behandelen en hen zoveel mogelijk zelf de regie te laten voeren. Voor medewerkers en cliënten is dit zo'n grote omslag dat zij geneigd zijn te vervallen in oude patronen. De fase van verankering is daarom cruciaal en wordt vaak onderschat.

We baseren ons in dit deel op algemene implementatieprincipes en inzichten die zijn opgedaan in Zorg voor Beter en HEE-trajecten. Ook lichten we enkele voorbeelden uit van instellingen die al ver gevorderd zijn met de verankering. We benadrukken echter dat de praktijk verder moet uitwijzen hoe een optimale verankering van herstelondersteunende zorg gerealiseerd kan worden.

Waar we in de vorige hoofdstukken een onderscheid maakten tussen activiteiten voor cliënten, voor medewerkers en op organisatieniveau, richten we ons bij de fase van verankering op de gehele organisatie. Om de behaalde resultaten te borgen is het nodig dat op organisatieniveau verantwoordelijkheid genomen wordt om de successen die op de verschillende niveaus geboekt zijn, vast te houden. Cliënten en medewerkers kunnen niet zonder de steun van het management als het gaat om verankering. Er moet aan bepaalde voorwaarden worden voldaan om blijvend aandacht te kunnen besteden aan herstelondersteunende zorg.

12 Successen borgen en verspreiden

Succesvolle initiatieven op het terrein van herstelondersteunende zorg verdienen navolging, binnen en buiten de eigen organisatie. Toch is dit niet vanzelfsprekend het geval. Het gebeurt regelmatig dat de aandacht voor een project waar met veel enthousiasme aan begonnen is, gaandeweg of kort na afloop verslapt. Om dit te voorkomen is de rol van de projectleider en van het management en de directie van doorslaggevend belang. Zij hebben tot taak om herstelondersteunende zorg structureel te borgen in de organisatie.

Een planmatige aanpak is noodzakelijk. Zo is het belangrijk dat herstelondersteuning onderdeel uitmaakt van de visie op zorg en dat dit actief wordt uitgedragen. Ook is het zaak om herstelondersteuning organisatorisch te borgen zodat het hoog op de agenda blijft staan. Denk bijvoorbeeld aan een stuurgroep herstel en herstelondersteunende zorg of organiseer inbedding daarvan in een ander gremium (stuurgroep zorginnovatie, programmalijn kwaliteitsbewaking, beleid en kwaliteit etc). En het is natuurlijk belangrijk ervoor te zorgen dat er faciliteiten zijn voor de vervolgactiviteiten. Ook al is de projectstatus voorbij, dat neemt niet weg dat er onverkort hard getrokken moet worden aan allerlei activiteiten op het gebied van scholing en ontwikkeling, visievorming, coaching van teams door ervaringsdeskundigen etc. Al deze activiteiten moeten georganiseerd worden, op elkaar worden afgestemd en passen in het organisatiebeleid. Kartrekkers blijven noodzakelijk, bij voorkeur georganiseerd in een groter verband zoals een kenniscentrum herstel en empowerment, bureau herstel en ervaringsdeskundigheid en andere denkbare varianten daarop. Meerdere mensen moeten zich verantwoordelijk weten voor de continuering en voor vernieuwingen daarin. Een kenniscentrum of een bureau herstel kan bijvoorbeeld inhoudelijke ontwikkelingen stimuleren, terwijl programmamanagers zich verantwoordelijk weten om samen met het kenniscentrum vorm te geven aan herstelondersteunende zorg binnen een bepaald programma of een bepaalde afdeling.

Ook in de fase van borging en verspreiding is een werkplan een goed houvast. Net als in de beginfase zal telkens weer de balans moeten worden opgemaakt: waar staan we nu en waar willen we naartoe als organisatie, als afdeling, als team. Wat is onze visie en hoe willen we dat bereiken? Wat is daarvoor nodig? Hoe kan dat daadkrachtig worden aangepakt? Als hulpmiddel bij de planvorming is een terugkerend cliëntenpanel en een jaarlijkse meting met de ROPI behulpzaam. Bij panels en metingen is het belangrijk dat de uitkomsten daadwerkelijk worden gebruikt voor nieuwe acties. Hierover moeten duidelijke afspraken worden gemaakt. Zo nodig kunnen als 'opfrisactie' extra bijeenkomsten worden georganiseerd, zoals een themabijeenkomst voor cliënten en medewerkers, het uitnodigen van een expert of een werkbezoek aan een instelling die vergevorderd is met herstelondersteunende zorg.

Het is belangrijk om in de verschillende fasen van het implementatietraject al na te denken over borging en verspreiding en hiermee niet te wachten tot de laatste fase. In de voorgaande hoofdstukken zijn daarom al diverse manieren hiervoor de revue gepasseerd. In hoofdstuk 8.9 stonden we stil bij het belang van communicatie. Het informeren van belanghebbenden op de juiste manier en met de juiste boodschap is een onderdeel van de borging. Als projectteam dient men daarom na te gaan welke partijen belang hebben bij de resultaten van het implementatietraject herstelondersteunende zorg. In de eerste plaats zijn dit de cliënten en medewerkers zelf en familieleden of naastbetrokkenen van cliënten. Maar ook de teammanagers, medewerkers van andere locaties en het hoger management zullen geïnteresseerd zijn in de resultaten. Overige belangstellenden zijn mogelijk andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Door resultaten aan de verschillende partijen terug te koppelen, worden zij bij het proces betrokken en kan draagvlak ontstaan voor de borging van de verbeteringen. Bovendien voedt berichtgeving over eigen initiatieven de collectieve trots van cliënten en medewerkers.

Zoals eerder beschreven is het belangrijk om successen ook te vieren. Een mijlpaal in het implementatietraject, zoals de oprichting van een herstelbureau voor cliënten, kan feestelijk worden gevierd met bijvoorbeeld taart, een symbolisch cadeautje voor medewerkers en cliënten of een buurtfeest. De gekozen wijze moet vanzelfsprekend passen bij het thema herstelondersteunende zorg en bij de activiteiten die tot stand zijn gekomen.

Als het implementatietraject heeft geleid tot gunstige resultaten, is het bovendien belangrijk om andere afdelingen of instellingen te interesseren in navolging hiervan. Het kan bijvoorbeeld gaan om de invoering van bepaalde methodieken, het gebruik van instrumenten om herstel of herstelondersteunende zorg te meten, activiteiten die zijn opgezet of de werkwijze die het projectteam heeft gevolgd (zie de voorbeelden in hfdst 11.4). Door een *good practice* of *best practice* te verspreiden, zullen steeds meer instellingen bekend worden met de principes van herstelondersteunende zorg. Een goede spreiding verloopt aan de hand van een communicatieplan (hfdst 8.9).

In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de verschillende voorwaarden voor het succesvol verankeren van herstelondersteunende zorg in de organisatie.

Uitgelicht: Pameijer

Pameijer in Rotterdam werkt al geruime tijd (sinds 2007) aan het versterken van empowerment, herstel en ervaringsdeskundigheid en heeft daarvoor een bureau empowerment opgericht. De adviseurs ervaringsdeskundigheid hebben daarin een belangrijke stem. Zij adviseren op centraal niveau hoe in de dagelijkse praktijk vormgegeven kan worden aan empowerment, herstel en ervaringsdeskundigheid. Daarnaast is er een team van herstelambassadeurs bestaande uit mensen met eigen cliëntervaringen die zich inzetten om de visie op empowerment, herstel en ervaringsdeskundigheid verder uit

te dragen, bijvoorbeeld tijdens een bespreking in het teamoverleg of tijdens een apart georganiseerde themabijeenkomst. Herstelambassadeurs organiseren ook herstelwerkgroepen voor cliënten die daaraan willen deelnemen en bieden voorlichting daarover. Sinds 2011 is het PEP-team actief: het Pameijer Ervaringsdeskundigen Promotieteam, bestaande uit twaalf ervaringsdeskundigen. Zij geven workshops over empowerment, organiseren bijeenkomsten op maat over ervaringsdeskundigheid, bieden mensen de mogelijkheid om hun ervaringsverhaal op te stellen en te vertellen etc. Kort samengevat worden veel activiteiten georganiseerd voor en door cliënten en ervaringsdeskundigen. Directie en management geven hieraan alle medewerking en faciliteren deze activiteiten. Zo ook is in het meerjarenbeleidsplan 2012-2015 nadruk gelegd op empowerment en herstel als leidende visie voor Pameijer. In 2012 start een nieuwe pilot voor een opleiding voor mensen (binnen Pameijer) die als ervaringswerker willen gaan werken. Maar liefst twintig mensen starten met deze opleiding binnen het nieuwe Howie the Harp Trainingscentrum Rotterdam. De cursisten krijgen een half jaar scholing, een half jaar stage en vervolgens een begeleide leerwerkplek gedurende een half jaar. Naar verwachting heeft deze pilot een versterkend effect op herstelondersteunende zorg en bij gebleken effect wordt de opleiding gecontinueerd. Verder treden steeds meer medewerkers naar voren die hun eigen ervaringen actief willen inzetten voor het project empowerment.

De succeselementen voor Pameijer zijn duidelijk aanwijsbaar: visie, daadkracht, sterke cliëntgerichtheid en grote betrokkenheid van cliënten en ervaringsdeskundigen, facilitering en ondersteuning vanuit het management. De directie heeft veel vertrouwen gegeven en ruimte geboden voor kwartiermaken. Een andere sterke troef is de inzet van het PEP-team en de herstelambassadeurs waardoor veel bekendheid wordt gegeven aan de activiteiten vanuit het project. Daardoor is er vanuit de teams steeds meer vraag gekomen naar voorlichting en training over herstel en empowerment. Het PEP-team en de herstelambassadeurs springen hierop in. De vraag groeit dus vanzelf, zonder een beleid dat van bovenaf is opgelegd.

13 Voorwaarden voor verankering

13.1 Draagvlak voor herstelvisie

De belangrijkste voorwaarde voor verankering van herstelondersteunende zorg, is dat de herstelvisie door de gehele organisatie wordt gedragen. Management en behandelaars zijn daarbij extra belangrijk gezien hun invloed. Scholing, contact met andere organisaties die succes hebben geboekt op het gebied van herstelondersteuning, en een juiste communicatie dragen hieraan bij. Benadrukt moet steeds worden dat de herstelvisie aansluit bij de passie van hulpverleners: zorg bieden die beoogt dat mensen een beter leven kunnen leiden.

13.2 Structurele inzet van ervaringsdeskundigen

Nu de herstelondersteunende manier van werken verankerd gaat worden binnen de organisatie, zou het werken met en vanuit ervaringsdeskundigheid niet langer een uitzondering behoren te zijn. Zowel in binnen- als buitenland wordt de waarde van de inzet van ervaringsdeskundigheid voor de ondersteuning van herstelprocessen steeds meer erkend.

In de eerdere fasen van het implementatietraject hebben cliënten de kans gekregen hun ervaringsdeskundigheid te ontwikkelen en ook om deze in te zetten, bijvoorbeeld bij voorlichting en cursussen. Mogelijk zijn in de loop van de tijd ook al andere functies voor ervaringsdeskundigen gecreëerd. In deze laatste fase van het traject is het van belang er zorg voor te dragen dat ervaringsdeskundigheid ook in alle andere lagen van het functiegebouw een plaats krijgt. De spanningspunten die dit met zich mee brengt, zullen in kaart moeten worden gebracht en een plaats krijgen in de steeds weer terugkerende discussies over het belang van herstelondersteunende zorg en de inzet van ervaringsdeskundigen hierbij.

Zoals eerder beschreven dient er in een herstelondersteunende organisatie in alle lagen een visie te zijn op herstel. Dit geldt ook voor een visie op ervaringsdeskundigheid, waar in de eerdere fasen van het implementatietraject naar toe is gewerkt. Dit proces stopt echter niet bij de verankering van herstelondersteuning. Het dient constant onder de aandacht te staan, onder andere in de opleiding van ervaringsdeskundigen.

De ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid vraagt:

- Weet hebben van het eigen herstelproces op grond van eigen unieke ervaringen. Een ervaringsdeskundige weet hoe anderen te ondersteunen in hun herstelproces en hoeveel moeite het kan kosten om herstel te ontsluiten. Het vraagt vrije ruimte om cliënten – individueel of in groepsverband – in hun proces te ondersteunen en om ervaringen op een gelijkwaardige wijze te delen. Daarbij is het belangrijk om te weten wat je niet kunt weten: het geheel van ervaringen van een ander individu.

- Kennis hebben van de verhouding tussen herstelprocessen en de zorg: wat helpt en wat hindert? De ervaringsdeskundige helpt om de noodzakelijke vrije ruimte voor het aangaan van het herstelproces te faciliteren en de hulpverlening te scholen in herstel en het borgen van die vrije ruimte. Het is nodig kennis te hebben van de aansluiting van herstel op rehabilitatie.
- Kennis hebben van de verborgen aspecten in 'de cliëntervaring' en 'de psychiatrische aandoening' ten behoeve van de emancipatie van cliënten en de bestrijding van stigma.
- Kennis hebben van onderzoek naar effecten van de inzet van ervaringsdeskundigheid ten behoeve van herstel en emancipatie en daarop aansluitende veranderingen in de zorg.

(Boertien & Van Rooijen, 2011)

Structurele inzet van ervaringsdeskundigen vraagt om duidelijkheid van de organisatie. Zo dienen er goede plekken binnen het functiegebouw te komen, die recht doen aan de verschillende rollen waarin ervaringsdeskundigen werkzaam kunnen zijn. In de taak- en functieomschrijvingen moet ervaringsdeskundigheid een duidelijke plek krijgen en de inschaling dient reëel te zijn. Bij voorkeur worden ervaringsdeskundigen in duo's aangesteld zodat zij niet solistisch hoeven te werken.

Omdat het merendeel van de ervaringsdeskundigen vanuit een uitkeringssituatie weer aan de slag gaat, is het goed om – in overleg met uitkeringsinstanties – verschillende vormen van dienstverbanden aan te kunnen bieden. Zowel een vaste aanstelling, een leerwerkplek, een stagecontract als een goede vrijwilligersovereenkomst moet tot de mogelijkheden behoren. Ook moet een budget beschikbaar zijn voor deskundigheidsbevordering op het terrein van ervaringsdeskundigheid en moeten er intervisiemogelijkheden worden gecreëerd, binnen of buiten de instelling.

Meer informatie over de inzet van ervaringsdeskundigen is te vinden in de Handreiking Ervaringsdeskundigheid die in 2012 zal verschijnen (Boertien e.a., in voorbereiding).

Uitgelicht: Bureau Herstel SBWU

De SBWU is al sinds 1998 bezig met herstel en ervaringsdeskundigheid. In eerste instantie werd gestart met een herstel-rehabilitatie-werkgroep voor cliënten, een voorloper van de latere herstelwerkgroepen. In 2004 werd het Bureau Herstel opgericht met als doel om draagvlak te creëren voor de herstelvisie en de inzet van ervaringsdeskundigheid. Het bureau bestaat uit acht ervaringsdeskundigen in betaalde dienst van de SBWU. Zij organiseren bijeenkomsten voor cliënten over herstel, geven trainingen en werkgroepen ter kennismaking met herstel en ondersteunen cliëntinitiatieven. Voor de medewerkers organiseren zij voorlichting, trainingen en intervisie over herstelondersteunende zorg. Het Bureau Herstel heeft ook een adviesfunctie voor de Raad van Bestuur en het management en neemt deel aan werkgroepen om herstelondersteunende zorg nader vorm te geven. Bureau Herstel

heeft gaandeweg een belangrijke plaats verworven in de organisatie welke niet meer weg te denken valt. De activiteiten krijgen steeds meer bekendheid en er is steeds meer vraag naar. De succesfactoren van het Bureau Herstel zijn grotendeels vergelijkbaar met die van Pameijer: visie, daadkracht, betrokkenheid van experts op het gebied van herstel, waardering van de inzet van ervaringsdeskundigen en daadkrachtige ondersteuning vanuit de directie. Sterk punt is tevens dat het Bureau Herstel alle ruimte werd geboden voor groei en ontwikkeling, bottom up, zonder dat er vooraf strikte eisen of uitkomsten werden geformuleerd, maar wel gepaard gaande met goede faciliteiten vanuit de organisatie en daadwerkelijke ondersteuning. Een ander sterk punt is dat de Raad van Bestuur in vrijwel alle communicatie – jaarplannen, publicaties, visiedocumenten – uitdraagt dat herstel de leidende visie is van de SBWU. Scholing, werkbesprekingen, visiedagen etc. staan dikwijls ook in het teken hiervan.

Zie ook: Van Erp, Boertien, Scholtens en Van Rooijen (2011).

13.3 Organisatie- en overlegstructuren

Verder is het voor de borging van belang dat op verschillende niveaus (overleg)structuren worden voortgezet na afloop van het implementatietraject, zodat ook na het opheffen van het projectteam herstelondersteunende zorg hoog op de agenda blijft staan. Belangrijke structuren zijn bijvoorbeeld een bureau herstel en ervaringsdeskundigheid, een stuurgroep herstel, een programmaliijn, een netwerk van ambassadeurs. Daarbij is het belangrijk dat er goede verbinden gelegd worden met de lijnorganisatie zodat teams en afdelingen kunnen profiteren van de kennis die aanwezig is en zodat zij ondersteuning krijgen om activiteiten op te zetten voor herstel, herstelondersteunende zorg en ervaringsdeskundigheid. Een programmamanager rekent het bijvoorbeeld tot zijn taak om samen met de ervaringsdeskundigen van het bureau herstel en ervaringsdeskundigheid een beleidslijn uit te zetten voor het komende jaar met concrete activiteiten. De programmamanager moet er tevens voor zorgen dat alle afdelingen en teams daarbij betrokken worden, zodat er organisatiebreed activiteiten plaatsvinden. De programmamanager heeft daartoe een opdracht met mandaat vanuit de directie en de directie zet dit kracht bij in het managementoverleg.

13.4 Sturing door management en behandelaars

Het management speelt een cruciale rol bij de verankering. De organisatie is het meest gebaat bij enthousiaste leiding die lijnen kan uitzetten zonder spontane ontwikkelingen onmogelijk te maken, die een goed evenwicht weet te bewaren tussen groei en sturing. Op deze manier kunnen *top-down* en *bottom-up* processen gelijk opgaan. Leidinggevendenden moeten bepaalde mensen voor specifieke taken verantwoordelijkheid geven,

bijvoorbeeld voor de cliëntactiviteiten, scholing, coördinatie etc. Heldere taakomschrijvingen en communicatiesystemen vergemakkelijken de borging aanzienlijk.

Als het management en de behandelaars gemotiveerd zijn voor de implementatie van herstelondersteunende zorg, is de kans groot dat het thema voldoende aandacht blijft krijgen. Zoals eerder beschreven is het van belang dat de stuurgroep in stand wordt gehouden en ook na het implementatietraject regelmatig bij elkaar komt, bijvoorbeeld een keer per twee maanden. De stuurgroep bevordert en bewaakt de ontwikkelingen op het gebied van herstelondersteunende zorg.

13.5 Cliëntuitkomsten zijn leidend

Bij de fase van verankering is het van cruciaal belang dat voortdurend het gewenste resultaat voor ogen wordt gehouden. Dat resultaat moet worden geformuleerd in termen van wat de invoering van herstelondersteunende zorg voor cliënten oplevert. De cliëntuitkomsten zijn de enige geldige redenen om de verandering te blijven willen; het gaat er immers om dat cliënten worden ondersteund bij *hun herstel*. Het is daarom heel belangrijk hoe de cliëntuitkomsten geformuleerd worden. Met een cliëntuitkomst bedoelen we hier niet hetzelfde als een uitkomst die bij cliënten wordt gemeten, zoals vermindering van opnameduur, beter in zorg blijven of minder onvervulde zorgbehoeften. Het is namelijk helemaal niet gezegd dat cliënten die uitkomsten zelf als wenselijk zouden noemen. Als aan cliënten zelf gevraagd wordt wat voor hen herstel is, geven ze antwoorden als:

- minder last hebben van mijn ziekte
- meer zelfvertrouwen hebben
- weer dagelijkse dingen kunnen doen
- weer aan het werk/naar school
- meer sociale relaties, verbetering van familiecontacten
- weer zelfstandig wonen

(naar het werk van Oosterbaan, Bogaard & Roosenschoon, 2011)

Kortom, de belangrijkste cliëntuitkomst lijkt te zijn dat de cliënt zich gesteund voelt bij het verwezenlijken van herstel op de punten die hij zelf belangrijk vindt. Herstelondersteunende zorg zal alleen geborgd worden als de instelling het als een centrale opgave beschouwt om cliënten te ondersteunen bij wat zij zelf benoemen als herstel.

13.6 Ruimte voor scholing en deskundigheidsbevordering

Scholing voor medewerkers over herstel en herstelondersteunende mag niet beperkt blijven tot het implementatietraject. Voor een goede verankering moeten structureel alle nieuwe medewerkers geschoold worden in de basisprincipes van herstelondersteunende zorg en moeten de andere medewerkers jaarlijks deskundigheidsbevordering

ontvangen op dit gebied. Op deze manier blijft de kennis aanwezig binnen de organisatie en kan deze verder gevoed worden. Er zijn diverse vervolgcursussen beschikbaar en teamcoaching of intervisie over herstel en herstelondersteunende zorg moet ook na het implementatietraject in stand worden gehouden (zie hfdst 10.1).

Minstens zo belangrijk is het om ook managers te scholen in principes van herstel en herstelondersteunende zorg. Zij moeten deze visie uitdragen om zo een voorbeeldfunctie te vervullen voor de medewerkers, hulpverleners en medewerkers van de ondersteunende diensten. Activiteiten voor herstelondersteunende zorg mogen niet ondergeschoven raken door andere prioriteiten. Managers moeten kunnen begrijpen en doorgronden dat herstelondersteunende zorg in allerlei facetten vertaling behoeft. Het is een basishouding, een attitudeverandering in de zorg. De cliënt is leidend. Dit gedachtegoed is nog lang niet altijd doorgedrongen, ook niet bij leidinggevend. Scholing is dan ook aangewezen en belangrijker nog: onderlinge discussies met behandelaren en andere collega's zodat er meer bewustwording optreedt.

13.7 Ruimte om te pionieren

Er moet voor medewerkers voldoende ruimte zijn om ook niet-declarabele activiteiten te ontplooiën. Als bijvoorbeeld gekozen wordt voor de implementatie van een nieuwe methodiek, zal een nieuwe werkgroep opgericht moeten worden die hiermee aan de slag gaat. Zo zullen gaandeweg meer werkgroepjes ontstaan. Als van de medewerkers verwacht wordt dat ze dit in hun vrije tijd doen, zal het project niet lang standhouden. Ook is er ruimte nodig om eens iets nieuws te proberen, om deel te nemen aan een congres, een interne werkconferentie te organiseren, op werkbezoek te gaan bij een andere instelling of allerlei herstelgerichte activiteiten tot stand te brengen. Zonder deze ruimte is het vuur van herstelondersteunende zorg snel uitgedoofd. Dit vraagt van het management om deze uren in te calculeren en creatief om te gaan met middelen, zodat medewerkers niet worden afgerekend op hun lagere declarabiliteit.

De Plan do study act -methodiek (zie hfdst 8.10) biedt een structuur waarin voortdurend geëxperimenteerd kan worden met kleine en grote veranderingen op het gebied van herstelondersteunende zorg. Door gericht concrete doelen te stellen, te evalueren of sprake is van een positieve verandering en de plannen daarop bij te stellen, ontstaat een cyclisch proces van continue verbetering. De methodiek geeft medewerkers houvast en voorkomt dat allerlei activiteiten worden ingezet zonder dat het nut daarvan geëvalueerd wordt. Gedurende het traject kunnen medewerkers zich de methodiek eigen maken en zal deze langzaam aan verankerd worden in de organisatie. Hiervoor is het belangrijk dat vaste evaluatiemomenten doorgang vinden. Bespreken van de PDSA's dient dus ingebed te worden in blijvende overlegstructuren, ook als de projectstatus voorbij is.

13.8 Financiering

Er dient voor de praktijk van herstel en herstelondersteunende zorg een passende financiering te worden gevonden. Niet alleen bij de implementatie maar ook daarna brengt herstelondersteunende zorg kosten met zich mee, denk aan scholing voor medewerkers, het faciliteren van herstelactiviteiten, het aanstellen van ervaringsdeskundigen, een symposium organiseren en externe expertise inschakelen. De ervaring leert dat een goede financiële basis nodig is voor het duurzaam verankeren van werkwijzen.

Veel ggz-instellingen worstelen met het huidige financieringssysteem dat nog onvoldoende rekening houdt met herstelondersteunende zorg. In het voorbeeld van GGz Breburg (zie kader) is te lezen hoe verschillende bronnen worden benut om de activiteiten te kunnen bekostigen. Het complexe van herstelprocessen is dat deze vele facetten kennen en daardoor van nature uit heel verschillende financieringskaders worden ondersteund. Behalve financiering vanuit de ZVW en de AWBZ komen ook financiering via de WMO, de WIA, het UWV en studiefinanciering op onderdelen in aanmerking. Dit vraagt veel maatwerk.

Ook voor de inzet van ervaringsdeskundigheid moet worden gezocht naar erkenning in de financiering. De inschaling is nog niet eenduidig. Soms wordt gedacht dat het voordelig is om ervaringsdeskundigen in te zetten. Dit is een ernstige misvatting, want een goede inzet van ervaringsdeskundigheid vraagt scholing, begeleiding en interview. Bovendien wordt veel van ervaringsdeskundigen gevraagd en verdienen zij een beloning die daarbij past.

Kortom, als instellingen met herstelondersteunende zorg aan de slag willen gaan, moeten zij daarvoor voldoende financiële middelen hebben en creatief omgaan met het financieringssysteem. De toekomstvisie is dat herstelondersteuning opgenomen dient te zijn in het brede aanbod van de ggz, zowel vanuit het perspectief van behandeling als vanuit ondersteuning en maatschappelijke integratie. Daartoe is financiering vanuit de ZVW, AWBZ en WMO de standaard. De gehele organisatie werkt vanuit de herstelvisie; het aanbod van herstelactiviteiten en de aanstellingen van ervaringsdeskundigen behoren tot het reguliere proces.

Voorbeeld bekostiging hersteltraject GGz Breburg

Toen een deel van GGz Breburg in 2006 begon met de implementatie van herstelondersteunende zorg, was zo'n 3 ton beschikbaar. "Als je het goed wilt doen, vraagt dit flinke investeringen", aldus Kees van Aart, directeur bedrijfsvoering. Het hersteltraject werd destijds bekostigd uit tijdelijke gelden, bestaande uit een donatie van de Cliëntenraad uit een reservering voor initiatieven ter verbetering van de positie van de cliënten, een donatie uit de bedrijfsreserve en een eenmalige meevaller in de begroting. Dit geld werd ingezet op de organisatiekosten van het project en de cursussen, de herstelgroepen, de scholing herstelondersteunende zorg (basiscursus en verdiepings-

cursus), informatiemateriaal en onderzoekskosten. De benodigde tijd werd volledig uit de bestaande formatie gehaald.

Dat een goede financiering een noodzakelijke randvoorwaarde is voor een geslaagde implementatie, werd schrijnend merkbaar toen GGz Breburg in 2009 te kampen had met bezuinigingen en het geld voor het implementatietraject op was. Er ontstond een duidelijke dip wat betreft herstelondersteunende zorg. Medewerkers en cliënten vroegen zich af of er nog een vervolg kwam op de scholing en cursussen die ze gevolgd hadden en begonnen het geloof in de voortgang te verliezen. De resultaten waren nog onvoldoende geborgd.

In 2011 was de financiële situatie weer rooskleuriger en is gestart met een vervolgtraject voor heel GGz Breburg. De verschillende zorggroepen (afdelingen) van GGz Breburg dragen elk bij aan de bekostiging van het Centrum voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid (CHE) (de verdeelsleutel is op basis van het aantal fte van de zorggroep). Dit Centrum organiseert de informatieactiviteiten, organiseert herstelactiviteiten voor cliënten (o.a. herstelwerkgroepen, Begin maken met herstel, Werken met eigen ervaring en Herstellen doe je zelf) en coördineert het opleiden en de inzet van ervaringsdeskundigen. Extra inzet van ervaringsdeskundigen in de zorggroepen (bijvoorbeeld voor scholing, supervisie, onderzoek) kan door het centrum geleverd worden, maar wordt betaald door de zorggroep. De zorggroepen betalen ook zelf de scholing van de medewerkers.

De zorggroepen putten uit verschillende financieringsbronnen:

- Kosten voor de scholing van medewerkers: opleidingsbudget zorggroep, soms projectfinanciering via extra middelen (subsidie, intensiveringsmiddelen AWBZ).*
- Kosten voor het CHE: uit reguliere omzet van de zorggroepen, deels bestaande uit opslag omdat het Zorgkantoor het CHE heeft erkend als innovatieproject.*
- Kosten voor ervaringsdeskundigen die in dienst zijn van de zorggroep: uit reguliere omzet middels het omzetten van bestaande formatieplaatsen. Bij AWBZ en WMO kan dit zonder veel problemen, bij ZVW is een CONOberoep vereist om cliëntcontacten te kunnen factureren. Zonder CONOberoep kan het ook, maar de opbrengst is dan een kwart van wat het kan zijn.*
- Kosten voor het opleiden van ervaringsdeskundigen: een aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundigen wordt omgezet naar opleidingsplaatsen voor ervaringsdeskundigen. Financiële ondersteuning is mogelijk via het UWV, uitkeringen, WVA etc. Dit vraagt wel veel maatwerk.*
- Overig: projectsubsidies (bijvoorbeeld steunstructuur Ervaringsdeskundigen door het Innovatiefonds), soms als onderdeel van een ander traject (bijvoorbeeld Dwang en Drang) en aanmoedigingsprijzen.*

Slotwoord

Aan het einde van deze handreiking benadrukken we nog eens dat herstel per definitie een proces is dat bij cliënten zelf en grotendeels buiten de ggz plaatsvindt. Herstelondersteunende zorg invoeren is dus niet alleen het invoeren van een nieuwe visie en werkwijzen binnen zorginstellingen, maar vraagt ook om actie buiten de ggz. Het gaat erom verbindingen te maken, kwartier te maken, cliënten te ondersteunen bij het hervinden van zichzelf, als iemand die er ook in de samenleving toe doet.

De motor van herstel is empowerment. Voor de hulpverlening betekent dat uitgaan van de eigen kracht van cliënten in plaats van het uitgaan van hun beperkingen. Voor cliënten zelf betekent het de eigen kracht leren voelen en gebruiken. Dat impliceert een opbouw van ervaringskennis en het leren inzetten van die kennis.

Wij hopen dat u als lezer van deze handreiking ook ruimschoots gebruik zult maken van andere bronnen die gerelateerd zijn aan herstel en herstelondersteunende zorg, zoals de handreiking Maatschappelijke Steunsystemen (Verschelling & Van de Lindt, 2010) en de handreiking Ervaringsdeskundigheid (Boertien e.a., in ontwikkeling). Op die manier heeft u voldoende informatie om binnen uw organisatie aan de slag te gaan met herstel en herstelondersteunende zorg.

Het uitgangspunt van de herstelvisie schuurt en wringt met de bestaande hulpverlening. Het zal dan ook niet zo zijn dat een organisatie na een implementatietraject van drie jaar geheel herstelondersteunend te noemen is. Herstel zal voortdurend op de kaart gezet moeten worden om niet terug te vallen in oude patronen en culturen. Die blijken hardnekkiger te zijn dan gedacht, waardoor de borging moeizaam tot stand komt. Blijvende investeringen in herstelondersteunende zorg zijn daarom nodig.

Literatuur

- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness; The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation Journal*, 16(4): 11-23.
- Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D. & Cagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Bergen, A.M. van & Sok, K. (2008). *Buitengewoon: kwartiermaken en ervaringsdeskundigheid in maatschappelijke steunsystemen*. Utrecht/Eindhoven: Movisie/GGzE.
- Bergmans, C. & Beentjes, B. (2011). De ontwikkeling van een herstelondersteunend begeleidingsplan. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 1, 36-43.
- Boertien, D. & Rooijen, S. van (2011). Ervaringskennis in de ggz: een noodzaak. In: Rooijen, S. van & Weeghel, J. van (red.). *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011*, 35-46. Amsterdam: SWP.
- Boevink, W. (2006). Het persoonlijke publiek maken. Werken met patiëntervaring in de psychiatrie. In: Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen, S. van (red.). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*, 87-92. Amsterdam: SWP.
- Boevink, W. & Dröes, J. (2005). Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen? *Psychopraxis*, 7(1): 14-20.
- 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.
- Bovenberg, F. & Lindt, S. van de (2008). *Innoveren met teams. Resultaatgericht werken in de (o)ggz, verslavingszorg, ribw's en maatschappelijke opvang*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Carpinello, S.E., Knight, E., Markowitz, F., & Pease, E.A. (2000). The development of the Mental Health Confidence Scale: A measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 236-243.
- Cook, J.A., Copeland, M.E., Jonikas, J.A., Hamilton, M.M., Razanno, L.A., Grey, D.D., Floyd, C.B., Hudson, W.B., Macfarlane, R.T., Carter, T.M. & Boyd, S. (2011). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin Advance Access*. (march 14th 2011).
- Copeland, M.E. (1997). *Wellness Recovery Action Plan*. Dummerston, VT: Peach Press.
- 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.
- Doorn, A. van (2002). *Maken van een communicatieplan*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Dröes, J. & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 19(2): 6-17.
- Dröes, J., Wel, T. van & Korevaar, L. (2011). Rehabilitatie en herstel. In: Korevaar, L. & Dröes, J. (red.). *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Erp, N. van, Boertien, D., Scholtens, G. & Rooijen, S. van (2011). *Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 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.
- Gestel-Timmermans, J.A.W.M. van, Bogaard, J. van den, Brouwers, E.P.M., Herth, K., & Nieuwenhuizen, Ch. van (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 67-75.
- Gestel-Timmermans, J.A.W.M. van, Brouwers, E.P.M., Assen, M. & Nieuwenhuizen, Ch. van (2010). Effects of a peer-run course on the recovery of persons with major psychiatric problems: a randomised controlled trial. *Accepted for publication in Psychiatric Services*.
- Gestel-Timmermans, J.A.W.M. van, Brouwers, E.P.M. & Nieuwenhuizen, Ch. van (2010). Recovery is up to you: a peer run course. *Psychiatric Services*, 61(9), 944-945.
- GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2011). *Op weg naar herstelondersteunende zorg. Overzicht van activiteiten bij ggz instellingen anno 2010*. 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., Rooijen, S. van & Rijkart, A.M. (2011). *Handreiking ROPI. Recovery Oriented Practices Index*. Utrecht: ZuidamUithof Drukkerijen.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.
- Heugten, T. van & Rooijen, S. van (2009). Teamcoaching door ervaringsdeskundigen als hulpmiddel bij de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 2, 6-14.
- Heuving, M. (2008). *Hand-out. Handleiding communicatieplan*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Initiatiefgroep Herstelondersteuning (2011). *Herstelondersteuning. Van kans naar realiteit. Kansen voor mensen met een langdurige psychische kwetsbaarheid*. Zeist: A-D Druk.
- Korevaar, L. & Dröes, J. (red.) (2008). *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Langley, G.L, Nolan, K.M. & Nolan, T.W. (1996). *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Mancini, A.D. & Finnerty, M.T. (2005). *Recovery Oriented Practices Index* (unpublished). New York: New York State Office of Mental Health.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Oosterbaan, H., Bogaard, M. & Roosenschoon, B.J. (2011). Cliënten over herstel. Onderzoek in een rehabilitatiecentrum. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 3, 147-160.
- Overweg, K. & Michon, H. (2011). *Factsheet Panel Psychisch Gezien*. Houten: Ladenius Communicatie bv.
- Plooy, A. (2007). *Stigma en stigmabestrijding*. Lezing gehouden op het Kwartiermakerscongres, 22 mei 2007.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (Mansa). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7-12.
- Ragins, M.D. (2003). *Psychiatrists' Recovery Curriculum: engagement, assessment, treatment and outcomes*. Los Angeles: Mental Health America.
- 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).
- Tiber, M. & Dröes, J. (2007). *Mijn cliënt is veel te ziek om herstelondersteunende zorg aan te kunnen*. Bijlage bij cursusboek Basiscursus herstelondersteunende zorg. Utrecht: HEE!/Rehab '92.
- Verschelling, M. & Van de Lindt, S. (2010). *Handreiking maatschappelijke steunsystemen. Samenwerken aan participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid*. Utrecht: Movisie/Trimbos-instituut.
- Vilans (2007). *Hand-out Zorg voor Beter. Het communicatieplan*. Utrecht: Vilans.
- Wilken, J.P. & Den Hollander, D. (2007). *Psychosociale rehabilitatie: een integrale benadering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Young, S.L. & Ensing, D.S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-232.

Format projectplan

Bijlage I

Organisatie en locatie/afdeling:

Projectleider:

Laatst bijgewerkt op:

Achtergrond/context

Om wat voor locatie of afdeling gaat het? Wat is de plek van de afdeling binnen de organisatie? Op welke cliëntengroep richt het team zich, en om hoeveel cliënten gaat het?
Richt het <i>implementatietraject</i> zich op de gehele cliëntengroep of op een selectie daarvan? Op basis waarvan is de selectie gemaakt?
Wat is de aanleiding om een implementatietraject te starten?
Wat gaat al goed en wat kan nog beter in relatie tot herstelondersteunende zorg?
Wat waren de belangrijkste resultaten van de voormeting (SWOT, ROPI etc) en welke consequenties hebben deze voor de focus / invulling van het implementatietraject?

Projectplan

	Wat zijn jullie doelen ?* - op cliëntniveau - op medewerkersniveau - op organisatieniveau NB: wees zo specifiek/smart mogelijk!	Wat gaan jullie doen om de doelen te bereiken?	Wanneer moeten deze acties zijn afgerond?	Wie gaat de acties uitvoeren? NB: verdeel de acties over alle leden van het projectteam.	Waraan gaan jullie meten/evalueren of je op de goede weg bevindt?	✓
1		a. b. c. d. e.	a. b. c. d. e.	a. b. c. d. e.	a. b. c. d. e.	
2		a. b. c. d. e.	a. b. c. d. e.	a. b. c. d. e.	a. b. c. d. e.	
3		a. b. c. d. e.	a. b. c. d. e.	a. b. c. d. e.	a. b. c. d. e.	

*De tabel kan afhankelijk van het aantal doelen worden uitgebreid.

Projectstructuur

Hoe is de samenstelling van het projectteam?	
Hoe is de onderlinge taakverdeling binnen het projectteam (op hoofdlijnen)?	
Hoe vaak komt het projectteam bijeen?	
Wie is de contactpersoon vanuit de lijnorganisatie? Op welke wijze wordt de lijn bij het implementatietraject betrokken? Hoe wordt verantwoording afgelegd?	
Wie is de contactpersoon vanuit de staforganisatie? Waaruit bestaat de ondersteuning vanuit de staf?	

Randvoorwaarden

Wat hebben jullie nodig (van het management) om het implementatietraject tot een succes te maken? Denk bijvoorbeeld aan: ondersteuning vanuit management en staf, tijd, geld (voor bijv. training, organiseren interne werkconferentie, PR-materiaal).

Communicatieplan

	Welke boodschap willen jullie communiceren en met welk doel ?	Wie/wat is de doelgroep ? Denk bijv. aan collega's, management, cliënten	Hoe ga je communiceren? Welke communicatiemiddelen zet je in?	Wanneer /in welke fase (voorbereiding, uitvoering, afsluiting) ga je communiceren?	Wie neemt het voortouw? NB: denk ook aan ondersteuning vanuit de afdeling communicatie!	✓
1						
2						
3						
4						

Borging en verspreiding

	Wat willen jullie gaan doen om de resultaten gaandeweg of na afloop van het implementatietraject te borgen en te verspreiden naar andere locaties/ teams?	Wanneer worden de acties uitgevoerd?	Wie neemt hierin het voortouw?	✓
1				
2				
3				
4				
5				

Bijlage II

Voorbeeld van een communicatie-actieplan per doelgroep

Doelgroep	Medewerkers van de afdeling
Doel	Informereren over opzet en doel van het implementatietraject
Middel	Presentatie door leidinggevende in teamoverleg
Moment	10 januari
Wie	Jan
Opmerking	Contact opnemen met leidinggevende

Doel	Betrokkenheid vergroten bij het implementatietraject
Middel	Wedstrijd voor het bedenken van een motto d.m.v. brief en ideeënbus
Moment	1-25 februari
Wie	Marlies
Opmerking	Uitslag wedstrijd en bekendmaking motto in <i>kickoff</i> bijeenkomst op 14 maart

Doel	Bekendmaking project en motto
Middel	<i>Kickoff</i> bijeenkomst
Moment	14 maart
Wie	Henk en Carolien
Opmerking	Bewoners en familieleden uitnodigen
	Feestelijke aankleding
	Locatiemanager deelt prijs uit voor motto

Doelgroep	Cliënten en hun naastbetrokkenen
Doel	Informereren over implementatietraject
Middel	<i>Kickoff</i> bijeenkomst
Moment	14 maart
Wie	Henk en Carolien
Opmerking	Aankondigen op prikbord en uitnodiging aan bewoners en familie

Doel	Betrokkenheid vergroten bij implementatietraject
Middel	Huiskamergesprekken met ervaringsdeskundige
Moment	Maandelijks tussen februari en oktober
Wie	Carolien
Opmerking	Cliënten nadrukkelijk laten meedenken en uitkomsten meenemen

Doelgroep	Collega-instellingen
Doel	Bekendmaken project
Middel	Gadget
Moment	10 september
Wie	Marlies
Opmerking	Ludieke manier om project bekend te maken. Bv. kaartspel over herstel.

Doel	Bekendmaken resultaten project
Middel	Artikel in vaktijdschrift
Moment	November
Wie	Jan
Opmerking	Cijfers noemen en interview met cliënt

Bijlage III

Competenties voor begeleiders die werken vanuit de herstelbenadering

Onderdeel van de Verdiepingscursus herstelondersteunende zorg (HEE!)

Algemene handelings- en gedragskenmerken:

- Je bent in staat het eigen verhaal van cliënten centraal te stellen in het contact.
- Je werkt mensgericht, hebt een informele stijl in het contact en stelt partnerschap, gelijkwaardigheid en samenspraak centraal.
- Je sluit aan bij het tempo van de cliënt.
- Je herkent en ondersteunt de sterke kanten en het initiatief van cliënten.
- Je gebruikt je professionele denkkader terughoudend en kan buiten de bestaande kaders denken en handelen.
- Je maakt contact met de leefwereld van de cliënt, bent dienstbaar en onderhoudt contact met allen die van belang zijn in het netwerk van de cliënt voor zover deze dat wenst en toelaat.
- Je kunt omgaan met teleurstellingen.

Contact maken en contact houden:

- Je bent aanwezig en je neemt de tijd die nodig is.
- Je gaat uit van een open gesprekscontact waar de aard van de toekomst niet per definitie vastligt.
- Je bent flexibel in het contact maken met de cliënt en weet om te gaan met eventuele afwijzingen.
- Je stimuleert en coacht de cliënt bij het vertellen van zijn/haar eigen levensverhaal.
- Je hebt vertrouwen in de cliënt en kunt hoop geven.
- Je sluit aan bij het levensverhaal van de cliënt.
- Je werkt (zo nodig) vanuit zeer kleine doelstellingen.
- Je stimuleert de cliënt tot onderlinge steun, loskomen van hulpverleners en zoeken naar andere persoonsgebonden stimulerende factoren voor herstel (huisdieren, alternatieve hulpvormen etc).
- Je bouwt in nauw overleg en in overeenstemming met de cliënt een contact stapsgewijs af.

Samenwerken met anderen in het kader van de herstelbenadering:

- Je kent de cliëntenbeweging en weet deze te betrekken in dienstverlening en ontwikkelingen binnen en buiten de organisatie.
- Je bent duidelijk over je mogelijkheden en grenzen als begeleider.
- Je informeert collega's regelmatig over jouw keuzes in het proces van het herstel van de cliënt.
- Je bent in staat te bemiddelen indien nodig tussen cliënten en anderen.

Professioneel handelen

- Je bent je bewust van je eigen persoonlijke en professionele ontwikkeling in het coachen van herstelprocessen, bewaakt de eigen herstelgerichte professionaliteit.
- Je bent je bewust van stressverhogende momenten voor jou.
- Je stelt grenzen waar die voor jou nodig zijn.
- Je spreekt anderen aan op gedrag dat afwijkt van de herstelbenadering.
- Je geeft aan wat je nodig hebt aan professionele bagage voor verdere ontwikkeling in de herstelbenadering.

Voorbeeld Strengths assessment

Rapp & Goscha (2006); Nederlandse vertaling door Storm Rehabilitatie

Naam cliënt: David
Naam case manager: Rick

Bijlage IV

Huidige status: Hoe ziet het leven er nu uit? Wat is beschikbaar	Wensen en ambities: Wat wil ik?	Bronnen; persoonlijk, sociaal: Wat was de situatie hiervoor? Waarvan heb ik in het verleden gebruik gemaakt?
Dagelijkse leefsituatie Ik woon nu in een woonvorm van de ggz. (Ik wil hier niet wonen, maar het is beter dan de daklozenopvang). Ik hou ervan hamburgers, broodjes shoarma etc. klaar te maken. Heb een buskaart.	 Ik wil een plek voor mezelf. Ik wil leren meer eten zelf klaar te maken. Ik heb nieuwe schoenen nodig!	 Woonde in groepswoning nr. 7 in Assen (haatte dit! - kon alleen TV kijken tot 9 uur 's avonds; anderen bepaalden wat je kon kijken en wanneer je naar bed ging).
Financiën/verzekering Uitkering 800 euro per mnd (meeste gaat op aan AWWBZ bijdrage). Ik krijg mijn uitkering via een maatschappelijk werker van de instelling. Ik krijg 35 euro zakgeld per week. De rest moet ik sparen (ik heb geen spaargeld nodig, maar eten).	 Ik wil zelf mijn geld beheren (zij spelen met mijn geld en dat is niet goed). Ik wil meer geld om de dingen te doen die ik wil.	 Ma beheerde mijn geld tot ze te ziek werd. Toen ging het beheer naar de groepswoning. Ma gaf me vaak extra geld.

Werk/opleiding			
Op de dagbehandeling krijg ik trainingen symptoom management, geldbeheer, enz. (Deze dingen helpen me niets).	Ik wil een baan. Ik wil weg uit het dagprogramma.	In het ziekenhuis schrobde ik vloeren en maakte ik badkamers schoon. Dit kon ik goed. Soms heb ik de atwas gedaan in de keuken.	
Sociale steun			
Tony – huisgenoot (soms leggen we geld bij elkaar om films te huren). Ik kan niet opschieten met mijn andere huisgenoten. Zij zijn vreemd, er is echt iets mis met ze.	Ik zou best getrouwd willen zijn. Er is een meisje bij het dagprogramma die ik aardig vind. Zij vindt mij ook aardig. De begeleiding vindt dit maar niets. Ze zeggen dat je geen afspraken kan maken als je in dagbehandeling zit. Ik wil haar mee uit vragen als ik hier weg ben.	Ma – ze was er altijd voor mij. Kon nooit goed opschieten met pa. Om (Harm) – we gingen wel eens vissen. Hij verhuisde hier naar Amsterdam toen ik klein was, maar ik weet niet waar hij nu is.	
Gezondheid			
Ik ben gezond, maar mijn gebit doet pijn. Medicatie (Haldol) maakt me sloom en soms lijkt het dat ik uit mijn hoofd kom. 's Nachts gaat het beter.	Mijn gebit moet nagekeken worden. Ik denk dat er een paar tanden of kiezen getrokken moeten worden. Ik wil stoppen met de medicijnen. Ik hou niet van de bijwerkingen.	Ik had astma toen ik klein was, maar nu gaat het beter, zolang ik maar niet te hard loop als het buiten koud is.	
Vrije tijd/recreatie			
Ik hou ervan TV te kijken – oude western John Wayne films. Ik kijk elke film die op TV komt. Tony en ik huren films. Hij houdt van komedies, maar ik hou van actie (maakt echter niets uit). Ik weet veel van films.	Ik wil een eigen TV in mijn kamer. Ik heb genoeg gespaard om er een te kopen, maar ze zeggen dat ik mijn geld daar niet voor mag gebruiken. Ik wil een dvd-speler.	Vroeger ging ik veel vissen. Ik had mijn eigen hengel en visspullen. Ik ging naar een bioscoop toen ik kind was, soms met mama en soms met vrienden.	

Spiritualiteit/cultuur		
	Een keer naar een popconcert van Dolly Parton gaan zou ik gaaf vinden.	Mijn familie ging naar de kerk toen ik jong was. Ik hield er niet van naar de kerk te gaan.
Wat zijn mijn prioriteiten? 1. Ik wil een baan. 2. Ik wil mijn eigen geld beheren. 3. Ik wil af van de dagbehandeling. 4. Ik wil een eigen woonplek.		
Opmerkingen cliënt:		Opmerkingen casemanager: David is een erg grappige vent. Hij vertelt fantastische verhalen. Ik heb nog nooit iemand ontmoet die zoveel van films weet (hij weet van bijna iedere film wie de hoofdrollen spelen).
Handtekening cliënt:		Handtekening casemanager:
Datum:		Datum:

Het gedachtegoed van herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid wordt door steeds meer ggz-instellingen omarmd. Het vertalen van de herstelprincipes naar de dagelijkse praktijk is echter niet eenvoudig. Herstel is een persoonlijk proces van cliënten en moet dat ook blijven. Maar de organisatie speelt een cruciale rol bij het scheppen van ruimte, bij het faciliteren en ondersteunen van herstelprocessen.

Het werken volgens de herstelvisie vergt een cultuuromslag. Het vraagt durf om cliënten het roer in handen te geven bij beslissingen ten aanzien van de begeleiding en behandeling. Voor de transitie naar herstelondersteunende zorg is een omvangrijk implementatietraject noodzakelijk. Deze handreiking biedt praktische aanwijzingen voor de opzet en uitvoering van zo'n traject. Een aanrader voor kwaliteitsfunctionarissen, beleidsmedewerkers, managers, projectleiders en ervaringsdeskundigen die binnen hun organisatie aan de slag willen met herstelondersteunende zorg.