

Daniëlle Meije, Annemieke Hendriksen,
Marianne van Bakel, Henny Sinnema

Ondersteuning bij zelfmanagement van patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen

Handreiking voor hulpverleners in de huisartsenzorg
en generalistische basis GGZ



Ondersteuning bij zelfmanagement van patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen

Handreiking voor hulpverleners in de huisartsenzorg
en generalistische basis GGZ

Colofon

Auteurs

Daniëlle Meije, Annemieke Hendriksen, Marianne van Bakel, Henny Sinnema

Projectgroep

Marianne van Bakel, Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE)

Els Dozeman, Prezens

Annemiek Hendriksen-Favier, Trimbos-instituut

Fred Koster, Vicino Noord-Holland-Noord

Hans Kroon, Trimbos-instituut

Daniëlle Meije, Trimbos-instituut

Noor Pelger, Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra

Henny Sinnema (projectleider), Trimbos-instituut

Jan Spijker (voorzitter), Pro Persona, Radboud Universiteit

Bea Tiemens, Indigo, Pro Persona, Radboud Universiteit

Marcel Vergunst, Arkin

De handreiking is mede tot stand gekomen door hulpverleners werkzaam in de huisartsenzorg en generalistische basis ggz en hun cliënten.

Financiering/Opdrachtgever

FNO

zorg voor kansen

fondsNutsOhra

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1499**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2016, 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

1 Inleiding	5
2 Herstel, zelfhulp en zelfmanagement	7
2.1 Het herstelconcept	7
2.2 Herstelondersteunende hulpverlening	8
2.3 Zelfhulp en zelfmanagement	9
2.4 Relatie met andere initiatieven	12
3 Gespreksvoering	15
4 De gesprekken	25
4.1 Algemene aandachtspunten	25
4.2 Voorbereiding	28
4.3 Aandachtspunten eerste gesprek	28
4.4 Aandachtspunten tweede en volgende gesprekken	29
4.5 Het afrondende gesprek	30
4.6 Bruikbare methodes en benaderingen	30
5 Instrumenten en cursussen voor zelfhulp	33
6 Uitdagingen in de uitvoering van ondersteuning bij zelfmanagement	37
6.1 Vaardigheden van patiënten en hulpverleners	37
6.1.1 Wat vraagt ondersteuning bij zelfmanagement van de patiënt?	37
6.1.2 Wat vraagt ondersteuning bij zelfmanagement van de hulpverlener?	37
6.2 Benodigde tijd	38
6.3 Behandelplan	38
6.4 Herstelgerichte benadering	39
6.5 Meetinstrumenten	39
Literatuurlijst	41

Bijlage 1 Aspecten van herstel en herstelondersteuning	43
Bijlage 2 De fasen in herstel	45
Bijlage 3 Aandachtspunten bij werken vanuit herstelvisie	47
Bijlage 4 Programma van de training	49
Bijlage 5 De vier elementen van zelfregie	51
Bijlage 6 Handreiking gespreksvoering	55
Bijlage 7 Strategieën voor het omgaan met psychische klachten	57
Bijlage 8 Werkblad Krachtenbenadering/Strengths Assessment	61
Bijlage 9 Bruikbare methodes en benaderingen	63

1 Inleiding

Veel patiënten met (ernstige) psychiatrische aandoeningen bereiken met behandeling helaas geen remissie van hun klachten en ontwikkelen een chronisch beloop. Chroniciteit gaat gepaard met ernstig lijden, een toegenomen risico op suïcide, afname van het functioneren in werk en sociaal opzicht en leidt tot grote maatschappelijke schade (Polder e.a., 2010; Ustun e.a., 2004). Als gevolg van deze problemen doen mensen met chronische klachten regelmatig een beroep op de hulpverlening. Mensen met stabiele chronische psychische problematiek zouden goed geholpen kunnen worden in de Huisartsenzorg of de generalistische basis GGZ (GBGGZ). Dit sluit aan bij de in 2014 gewijzigde structuur van de geestelijk gezondheidszorg (GGZ) waarin er binnen de Gespecialiseerde GGZ naar gestreefd wordt om minder complexe zorg te verplaatsen naar de GBGGZ en de Huisartsenzorg. Echter, een passend aanbod voor mensen met stabiele chronische psychische problematiek ontbreekt veelal in de GBGGZ en de Huisartsenzorg.

Voor hulpverleners in de Huisartsenzorg en GBGGZ is daarom de handreiking *Ondersteuning bij zelfmanagement* ontwikkeld. Deze handreiking voor hulpverleners is bedoeld om patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen te ondersteunen om zelf de regie over het eigen leven te voeren, eigen krachten en mogelijkheden te benutten, optimaal te functioneren binnen een eigen omgeving en conform eigen wensen te participeren in de samenleving. Dit sluit aan bij de ontwikkelingen in de zorg die mensen met psychische aandoeningen minder afhankelijk zouden moeten maken en veel nadrukkelijker moeten ondersteunen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel (Van Hoof e.a., 2014).

Deze handreiking is dan ook ontwikkeld vanuit de herstelvisie. Deze visie vindt zijn oorsprong in de cliëntenbeweging en is bij uitstek passend als het gaat om zelfmanagement. De handreiking biedt hulpverleners handvatten in het faciliteren van zelfmanagement van patiënten en daarmee ook in het ondersteunen van hun persoonlijk herstelproces. Bij herstel gaat het om actieve acceptatie van kwetsbaarheden en beperkingen, een herontdekking van eigen vermogens en het hervinden van een hoopvol perspectief. Uit de onderzoeksliteratuur en ervaringsverhalen van mensen met psychische aandoeningen zelf, komt naar voren dat herstel heel goed mogelijk is, ook bij mensen met 'zware' problematiek; men hoeft niet in symptomatische zin te 'genezen' om te kunnen herstellen (Van Hoof e.a., 2014).

In de handreiking *Ondersteuning bij zelfmanagement* worden handvatten gegeven voor de gespreksvoering met patiënten met chronische psychiatrische problematiek in de Huisartsenzorg en GBGGZ (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 wordt aan de gesprekken een concrete invulling gegeven en treft u voorbeelden aan van bruikbare methodes en benaderingen voor de hulpverlening. Ook wordt stilgestaan bij mogelijkheden voor zelfhulp (hoofdstuk 5) en de praktische en inhoudelijke uitdagingen van de ondersteuning bij zelfmanagement (hoofdstuk 6). Voor een goed begrip van de visie achter de handreiking worden eerst de pijlers herstel, zelfhulp en zelfmanagement nader toegelicht (hoofdstuk 2).

2 Herstel, zelfhulp en zelfmanagement

De handreiking *Ondersteuning bij zelfmanagement* is ontwikkeld vanuit de herstelvisie, wat betekent dat de methode het persoonlijk herstel van mensen dient te ondersteunen. Herstel betekent hier niet hetzelfde als genezing, maar gaat over het hernemen van de eigen regie en de mogelijkheden binnen het leven met of zonder de aandoening. Deze visie wordt de laatste jaren zowel door GGZ-instellingen als de overheid steeds meer als richtinggevend beschouwd (GGZ Nederland, 2009).

Zelfmanagement is een algemeen erkend onderdeel van de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen en past binnen de huidige tijdgeest waarin een grotere nadruk ligt op autonomie en de zorgkosten omlaag moeten. Zelfmanagement dreigt echter een populair containerbegrip te worden (Trappenburg e.a., 2014). Bovendien is gebleken dat niet alle patiënten profiteren van deze *one-size-fits-all*-benadering en is er nog weinig onderzoek gedaan naar zelfmanagement bij mensen met ernstige psychiatrische problematiek. Duidelijk is wel dat er behoefte is aan zorg-op-maat, afgestemd op de individuele patiënten (Trappenburg e.a., 2014). De handreiking *Ondersteuning bij zelfmanagement* sluit aan bij die conclusie; zelfmanagement wordt hierin beschouwd als een op maat toegesneden benadering van patiënten waarbij zij aangemoedigd worden zoveel mogelijk eigen regie te nemen. Zelfmanagement is in dit kader dus geen nietszeggende term, maar nauw verbonden met 'herstel' en 'zelfhulp'. In dit hoofdstuk worden deze concepten nader toegelicht en wordt beschreven welke rol de hulpverlener in de ondersteuning van persoonlijk herstel kan hebben.

2.1 Het herstelconcept

Het herstelconcept vindt zijn wortels in het gedachtegoed van de herstelbeweging, 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 HEE (Herstel Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) en een groeiende herstelbeweging, veelal in samenwerking met of ondersteund door de rehabilitatiebeweging.

Herstel verwijst naar het persoonlijke proces van mensen met psychische kwetsbaarheid waarin zij de draad weer oppakken en hun leven nieuwe vorm en inhoud geven (Boevink, 2009). Hierbij is het proces belangrijker dan de uitkomst: herstellen is ook goed mogelijk wanneer de aandoening niet geheel verdwijnt. Het impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden, problemen en beperkingen en bewustwording van eigen krachten en talenten, waarbij gaandeweg een persoonlijk en hoopvol perspectief wordt ontwikkeld. In een herstelproces leert iemand in feite zichzelf te helpen om een zinvol leven te leiden. In deze handreiking wordt uitgegaan van de volgende definitie van herstel:

"Herstel is 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." (Anthony, 1993)

Het herstelconcept biedt een andere kijk op ziekte en gezondheid. 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 (Hendriksen, Nijnsens & Van Rooijen, 2012). 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).

2.2 Herstelondersteunende hulpverlening

Herstellen doen mensen primair zelf. Onderzoek laat echter zien dat er vele aanknopingspunten zijn om herstelprocessen te helpen bevorderen. Bouwstenen daarvoor zijn onderlinge steun, steun van naasten, adequate, tijdige en passende professionele ondersteuning en maatschappelijke kansen en mogelijkheden (Van Hoof ea., 2014). Ook hulpverleners spelen dus een belangrijke rol bij de ondersteuning van herstel.

Herstelondersteunende hulpverlening is gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel van de patiënt en betreft daar de omgeving en belangrijke personen bij. Kernbegrippen van herstelondersteunende zorg zijn: eigen regie, empowerment, eigen keuzes en betekenisvolle maatschappelijke rollen. In de hulpverlening gaat het om het opbouwen of hervinden van de eigen identiteit en het heroveren van regie over het eigen bestaan, op alle levensgebieden: geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, dagbesteding in de vorm van werk, onderwijs of dagactiviteiten, woon- en leefomgeving, vrijetijdsbesteding, relaties en sociale contacten, inkomen, persoonlijke levensstijl en zingeving.

Werken vanuit de herstelvisie betekent niet dat er geen aandacht meer mag zijn voor de psychische klachten. Integendeel, het herstel van gezondheid is één van de aspecten van herstel (Dröes e.a., 2011). Andere aspecten zijn: herstel als persoon, herstel van dagelijks functioneren en herstel van rollen (bijlage 1). Professionele behandeling van psychische klachten kan op een herstelondersteunende wijze geboden worden en in combinatie met de andere aspecten van herstel. Van Hoof e.a. (2014) beschrijven drie basisvoorwaarden op het niveau van primaire zorgprocessen die essentieel zijn, wil die zorg bijdragen aan het herstel van mensen met psychische aandoeningen: (1) patiënten worden gezien als personen met een eigen leven, met

eigen voorkeuren en wensen en met eigen beslissingsbevoegdheid ten aanzien van de hulp die zij willen; (2) hulpverlening wordt gezien als een gemeenschappelijk proces van cliënten en hulpverleners; (3) hulpverleners zijn steeds gericht op het in gang zetten, ondersteunen en faciliteren van persoonlijke en maatschappelijke herstelprocessen (zingeving, verbondenheid met anderen, perspectief en grip).

Als de hulpverlener werkt vanuit de herstelvisie gaat deze uit van de kracht en de kennis van de patiënt over wat wel en niet werkt, met respect voor en ondersteuning van eigen regie. Ieder herstelproces is een persoonlijk en individueel proces, waarin verschillende fasen (niet per definitie opeenvolgend) doorlopen kunnen worden: overweldigd worden door de aandoening, worstelen met de aandoening, leven met de aandoening en leven voorbij de aandoening. De hulpverlener probeert in de ondersteuning steeds aan te sluiten bij de fase van het herstelproces van de patiënt (zie bijlage 2). Dat maakt dat de patiënt een sturende rol krijgt in het proces.

2.3 Zelfhulp en zelfmanagement

Zoals eerder beschreven leert iemand in een herstelproces in feite zichzelf te helpen. 'Zichzelf helpen' betekent vooral dat iemand zelf de regie heeft over de richting waarin zijn/haar leven gaat, welke keuzes iemand daarin maakt, welke hulp iemand daarbij nodig heeft en wie die hulp kan geven. Het begrip *zelfhulp* wordt gebruikt als aanduiding voor allerlei manieren van 'leren zichzelf te helpen'. Het meest bekend is de inzet van zelfhulp in de vorm van zelfhulpgroepen, waarin mensen vaak los van de hulpverlening, met name door het uitwisselen van ervaringen met hun eigen herstel aan de slag gaan. Een voorbeeld hiervan is het contact met lotgenoten over een gezamenlijk probleem, een beperking of diagnose. Zelfhulp kan ook in de vorm van een programma, zoals HEE, of onder begeleiding van ervaringsdeskundigen worden uitgevoerd. Ook hier geldt dat het van belang is ruimte te maken voor eigen herstel (Boertien, 2012). Andere vormen van zelfhulp zijn: een telefoonlijn voor lotgenotencontact, een inloop en infocentrum voor en door lotgenoten, activiteiten (zoals sporten voor mensen met eenzelfde handicap) of praktische hulp. Hierbij wordt steeds meer gebruik gemaakt van internet voor onderling contact, steun, informatie enz.

Zelfmanagement is, zoals eerder aangegeven, een andere term die toenemend gebruikt wordt en verschillende interpretaties en invullingen kent. Trappenburg e.a (2014) onderscheiden de volgende drie invullingen van zelfmanagement: (1) paradigmaverschuiving van een paternalistisch model naar een participatiemodel, waarin de regie en verantwoordelijkheden verschuiven van hulpverlener naar patiënt, (2) zelfmanagement als vaardigheid ofwel het vermogen van de patiënt om goed om te gaan met de chronische aandoening, en (3) zelfmanagement als interventie, een behandelvorm bedoeld om de patiënt meer zelfmanagementcompetenties bij te brengen. In de tweede interpretatie lijkt zelfmanagement veel op zelfhulp. Het belangrijkste verschil tussen beide begrippen is dat *zelfhulp* door de gebruikers zelf is opgezet en vormgegeven, terwijl *zelfmanagement* een term is die met name door zorgaanbieders en beleidsmakers gebruikt wordt. Zelfhulp bestaat al tientallen jaren (denk aan de Anonieme Alcoholisten); zelfmanagement is vooral de laatste jaren populair geworden.

In deze handreiking zijn de verschillende interpretaties van zelfmanagement zoals beschreven door Trappenburg e.a. (2014) terug te vinden. Met zelfmanagement wordt hier bedoeld: het binnen de ruimte van de eigen situatie – dus rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen – eigen oplossingen bedenken, het effect daarvan monitoren en de werking van hulpbronnen onderzoeken en uitproberen. De handreiking is geen kant en klaar programma dat patiënten leert hun eigen ziektesymptomen te managen, maar eerder een op maat toegesneden benadering van patiënten waarbij zij aangemoedigd worden zoveel mogelijk de eigen regie te nemen.

Onderstaand verhaal laat zien dat herstelprocessen heel persoonlijk zijn. Wat voor de één helpend is, kan voor een ander juist averechts werken.

Een ervaringsverhaal over zelfmanagement

Ik ben Eva, 43 jaar, alleenstaande moeder van twee kinderen (12 en 10 jaar). Vanaf mijn 6e tot mijn 36e heb ik een dysthyme stoornis gehad, waarbij therapie en medicatie geen uitkomst boden. Op mijn 35e ben ik naar aanleiding van mijn scheiding in een soort crisis beland. Tijdens het opkrabbelen uit deze crisis heb ik geleerd hoe ik het beste kon omgaan met mijn voornamelijk depressieve klachten. Dat heb ik destijds op eigen houtje en naar eigen inzicht gedaan; nu blijkt dat mijn aanpak veel overeenkomsten heeft met zelfmanagement.

Wat ik gedaan heb, is kort gezegd zelf de regie nemen over de aanpak van mijn stoornis. Hierbij heb ik mijn eigen gevoelens, wensen en klachten gebruikt als leidraad. De praktische invulling hiervan is vrij eenvoudig; het proces dat vooraf gaat aan de praktijk is een stuk moeilijker.

Ik zal een voorbeeld geven:

Klachten:

Ik wilde niks, ik had nergens zin in, ik vond niks leuk, ik beleefde nergens plezier aan. Dit duurde jarenlang met soms een kleine opleving. Het enige dat ik daarom wilde, was in mijn bed blijven liggen met de gordijnen dicht, net zolang totdat ik niet meer depressief zou zijn. Dat deed ik niet, sterker nog: ik had gewoon een baan en een sociaal leven. Daarnaast had ik nog tal van andere depressieve klachten (gevoelens van somberheid, wanhoop, doodswens, etc.).

Advies vanuit maatschappij (familie, vrienden, huisarts, GGz-hulpverlener):

Rust nemen, maar wel actief blijven. Ga leuke dingen doen, zoek ontspanning, zoek de oorzaak, ga in therapie, neem antidepressiva, zorg dat je je werk behoudt, zorg dat je je sociale contacten niet verliest, praat erover. Ik stel het wat zwart-wit, maar dit is zoals ik het advies van de buitenwereld heb ervaren.





Wat dacht/deed ik voorheen:

Luisteren naar de dokter, die weet het het beste. Luisteren naar mensen die zich wel goed voelden (zij wisten immers hoe je dat deed). Luisteren naar mensen die het meenden te weten. Dus deed ik wat me geadviseerd werd en omdat ik graag wilde dat het werkte, zette ik me ook oprecht in.

Resultaat:

Dit kostte veel inspanning, maar bracht geen blijvende verandering. De wanhoop groeide en de klachten namen toe.

Mijn zelfmanagement-oplossing:

Luisteren naar mijn lijf, ik heb mijn klachten letterlijk genomen en ben gaan doen wat mijn lijf me vroeg. In de praktijk betekende dit:

- Ik wilde niks doen, dus deed ik niks tenzij het echt niet anders kon.
- Ik ging, waar mogelijk, liggen. Als dat niet kon, dan liever zitten dan staan.
- Ik wilde in bed blijven met de gordijnen dicht, dus bleef ik in bed met de gordijnen dicht, wanneer het maar kon (als mijn kinderen bij hun vader waren, lag ik hele weekenden in bed).
- Alles wat ik niet kon ontwijken, deed ik zo langzaam mogelijk.
- Alles wat ik wel deed, deed ik zo kalm aan mogelijk.

Aanvankelijk nam ik extreem veel rust en zat er weinig structuur in mijn aanpak. Uiteindelijk heeft het echter geresulteerd in een strak dagschema waar ik me erg prettig bij voel en me daarom gemakkelijk aan kan houden. Dit schema heeft zichzelf als het ware gevormd in de loop der jaren.

Resultaat:

- Energiewinst: mijn tank vulde zich nano-milliliter per nano-milliliter. Maar hij vulde zich! Op geleide van de signalen van mijn lijf kon ik het "niets doen" uiteindelijk langzaam afbouwen en mijn activiteiten uitbouwen.
- Depressieve klachten namen af en verdwenen uiteindelijk.
- Zelfvertrouwen groeide van nul tot honderd procent nu ik wist hoe ik mezelf kon helpen door naar mezelf te luisteren.
- Wanhoop veranderde in hoop.
- Uitzichtloze situatie veranderde in toekomstperspectief.
- Sociaal leven herstelde.
- Allerlei lichamelijke klachten verdwenen geleidelijk.





- Ik ben allerlei andere aspecten in mijn leven op een soortgelijke wijze aan gaan pakken, waardoor ik groeide als persoon (en nog steeds groei).

Inmiddels gaat het zo goed met me, dat ik mezelf niet meer beschouw als dysthym. Wel is er bij mij duidelijk iets aan de hand met mijn energieniveau, ondanks dat ik een gezonde vrouw ben, want ik heb meer rust nodig dan de gemiddelde mens. Als ik te weinig rust neem, merk ik dat onmiddellijk aan mijn stemming en ik heb mijn dagelijks patroon hier dus ook op aangepast. Dat vind ik echter een kleine moeite in vergelijking met de dysthyme periode.

Waarom heb ik dit niet eerder gedaan/bedacht?

Ik wist niet dat ik er goed aan deed om mijn depressieve gevoelens serieus te nemen, ze voelden dusdanig vervelend dat ik veel energie stak in het (tevergeefs) negeren van deze gevoelens. Niemand had mij ooit verteld dat het goed kan zijn om juist toe te geven aan mijn behoefte om niets te doen. Blijkbaar was mijn gewoonte om te voldoen aan het maatschappelijk aanvaardbare sterker dan mijn behoefte aan bijtanken.

Aanvullend:

Het moeilijkste bij dit alles was het doorbreken van mijn gewoonte om te luisteren naar wat anderen zeiden. Het heeft me heel wat zelfonderzoek gekost om erachter te komen dat ik beter kon luisteren naar mijn lijf. Want omdat ik dat nooit deed, had ik geen idee hoe je dat eigenlijk doet. Ik geef inmiddels cursussen aan lotgenoten op dit gebied en ook daar merk ik hoe moeilijk zij het vinden om te begrijpen wat dat nou precies inhoudt: luisteren naar jezelf. Hoe je dat in de praktijk doet. Daar is volgens mij nog een wereld te winnen.



2.4 Relatie met andere initiatieven

Bouwstenen zelfmanagement en passende zorg

Het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) heeft in samenwerking met de deelnemers van het Bestuurlijk Akkoord GGZ de kenmerken van zelfmanagement en passende zorg in kaart gebracht: 'Bouwstenen zelfmanagement en passende zorg' (Wollaars, 2014). Het gaat om zorg die past bij de zorgvraag, georganiseerd is rond en aansluit bij de leefwereld van de patiënt, waarin zelfregie en zelfredzaamheid worden gestimuleerd en die de patiënt zo veel mogelijk in zijn/haar eigen (sociale) omgeving houdt. De bouwstenen zijn gebaseerd op patiënt- en familieperspectief op passende zorg en het stimuleren van zelfmanagement. De bouwstenen zijn voor alle hulpverleners en organisaties die te maken hebben met mensen met psychische problemen, zoals de huisarts, de POH-GGZ, de psycholoog, de therapeut, de psychiater, de verpleegkundige, de begeleider, het (F)ACT team, de gemeentelijk ambtenaar, re-integratiebureaus en sociale wijkteams.

In 2015 start de LPGGZ met de ontwikkeling van een generieke module zelfmanagement voor de GGZ. Het is de bedoeling dat de module afgestemd wordt op deze handreiking.

Zorgmodule zelfmanagement 1.0

Het CBO heeft in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een zorgmodule zelfmanagement ontwikkeld (CBO, 2014). Deze zorgmodule heeft tot doel: "zelfmanagement van mensen met een chronische aandoening te versterken door te beschrijven hoe dit binnen de zorgverlening ondersteund kan worden. Uitgangspunt is dat beschreven is wat er moet gebeuren en niet door wie." De module is bedoeld als kader voor goede zelfmanagementondersteuning bij chronisch zieken en dient in de eigen zorgpraktijk uitgewerkt te worden (CBO, 2014). Het verschil met de handreiking *Ondersteuning bij zelfmanagement* is dat deze handreiking specifiek is ontwikkeld voor hulpverleners in de huisartsenzorg en generalistische basis GGZ die werken met patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen.

3 Gespreksvoering

In de ondersteuning bij zelfmanagement komt de herstelvisie onder meer tot uiting in de wijze waarop de gesprekken tussen patiënt en hulpverlener gevoerd worden. Bij de meeste hulpverleners is de attitude voor het bieden van herstelondersteunende zorg niet op voorhand aanwezig. De gespreksvoering vereist specifieke kennis en vaardigheden van hulpverleners om hulp te bieden die door de patiënt gevraagd wordt, of die de patiënt nodig heeft bij het overwinnen van belemmeringen voor het verkrijgen of behouden van een goed en betekenisvol leven (zie bijlage 3). Essentieel is dat de hulp op een zorgvuldige manier wordt afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt, zonder het zelfhelende vermogen van mensen te ondermijnen. Voor het optimaal kunnen aanbieden van de ondersteuning bij zelfmanagement is een training in herstelondersteunende zorg belangrijk. In bijlage 4 is het programma van de training opgenomen, die door HEE aangeboden wordt.

Bij de ontwikkeling van trainingen in herstelondersteunende zorg door HEE en Stichting Rehabilitatie zijn acht kenmerken (attitude en vaardigheden) geformuleerd die hulpverleners nodig hebben voor het bieden van herstelondersteunende zorg (Dröes & Plooy, 2010). Deze kenmerken hangen met elkaar samen en kunnen elkaar versterken. In dit hoofdstuk worden de verschillende kenmerken beschreven en met praktijkvoorbeelden geïllustreerd. Ten slotte wordt expliciet stilgestaan bij het faciliteren van eigen regie.

1. De hulpverlener heeft een attitude van hoop en optimisme.

Het is belangrijk dat de hulpverlener de cliënt ondersteunt vanuit een hoopvolle en optimistische kijk op de mogelijkheden tot verandering, zonder daarbij uit het oog te verliezen dat de cliënt de situatie als uitzichtloos of erg belastend kan ervaren.

Ellis (POH-GGZ) heeft een tweede gesprek met Mirjam, die is doorgestuurd vanuit de GGZ, en daar te horen heeft gekregen dat ze uitbehandeld is.

Mirjam geeft al in het eerste gesprek aan dat ze deze overgang van de GGZ naar de huisartsenzorg ervaart als een boodschap dat ze een hopeloos geval is. Dat de zorg met pappen en nathouden er op gericht zal zijn zo goed mogelijk haar huidige conditie (d.w.z. niet meer depressief) in stand te houden en dat ze verder niet te veel van het leven moet verwachten.

De hulpverlener vraagt hoe Mirjam zichzelf ervaart, ziet ze zichzelf als een hopeloos geval? Mirjam twijfelt. "Een deel van mij wel", zegt ze, en ze vindt het moeilijk om nog te geloven dat ze ooit wel een goed leven zal hebben met een baan en een relatie, kinderen, etc. Deze opsomming komt er vlak uit, maar trillende spiertjes in haar gezicht verraden haar emoties.

"Maar wat zegt dat andere deel dan?" vraagt Ellis. "Legt dat deel zich neer bij uitzichtloze vooruitzichten?" Als Mirjam stil blijft, vult ze aan dat ze toch ook een vrouw ziet die de kracht heeft gehad om al die jaren te overleven, steeds weer op te krabbelen, heel helder en duidelijk kan verwoorden wat ze allemaal heeft doorgemaakt en hoe ze daarmee heeft leren omgaan. Ellis vraagt wat Mirjam daarop wil zeggen.

Mirjam: "Ik zou hier heel graag in willen geloven, dat ik het kan en dat het nog goed kan komen."

Ellis: "Zou je met mij eens willen verkennen wat voor jou een echte belangrijke stap zou zijn om een goed leven te krijgen? En wat jij denkt dat je nodig hebt om die stap te nemen?"

2. De hulpverlener is present (aandachtig aanwezig).

Om daadwerkelijk te herstellen is professionele ondersteuning en een presente bejegening nodig (www.presentie.nl). Presentie is een praktijk waarbij de hulpverlener zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert wat er bij de ander op het spel staat, en gaat begrijpen wat er in de betreffende situatie gedaan kan worden en wie hij daarbij voor de ander kan zijn (Baart e.a., 2011). Vragen die centraal staan zijn: "Wat kan ik voor jou doen?", "Wie kan ik voor jou zijn?"

Present, in de zin van aansluiten

In het vorige gesprek heeft Peter aangekondigd dat hij weer contact met zijn vader wilde zoeken. Twee jaar geleden heeft vader hem definitief de toegang tot zijn huis ontzegd, vanwege zijn gebruik en alles wat daarmee samenhangt (stelen, liegen, komen en gaan als het hem goed dacht). Zijn vader drinkt ook behoorlijk, 'maar hij kan het in de hand houden' zegt hij. Peter is nu min of meer clean, er zijn kleine terugvallen maar hij weet steeds te vermijden dat hij weer terugvalt in verslavingsgedrag. Hij heeft een woonplek en werkt in een project gericht op toeleiding naar werk.

Peter vertelt dat hij na het vorige gesprek moed had gekregen om zijn vader onder ogen te komen en besloten had dat ook snel te doen.

Joop: "Wil je vertellen hoe het is gegaan?"

Peter: "Hij gooide meteen de deur dicht, recht in mijn gezicht."

Joop: "Ben je gewoon langsgegaan?"

Peter: "Nee, ik heb eerst gebeld, maar hij verbrak de verbinding. Toen heb ik gisteren bij hem aangebeld. Nou, het was meteen duidelijk."

Joop: "Dat lijkt me behoorlijk klote voor je".

Peter: "Ik ben ook stom, stom, geef hem weer de kans me een klap voor mijn kop te geven."

Joop: "Dus ik begrijp dat het voor jou heel pijnlijk was zoals hij reageerde."

Peter: "Hij heeft me niet echt geslagen."

Joop: "Maar zo voelde het voor jou misschien wel?"

Peter: "Ik had het van te voren kunnen weten. Vind jij het ook stom hoe ik het gedaan heb?"

Joop: "Niet stom, ik begrijp je verlangen om het weer goed te maken met je vader. En ik gun het je niet om zo hard afgewezen te worden. Als je wilt kunnen we eerst eens samen nadenken over hoe je hier mee verder kan".

3. *De hulpverlener gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze.*

Om de ander te kunnen ondersteunen is het belangrijk om als eerste contact te maken van mens tot mens. Daarmee laat je niet al je kennis en ervaring als hulpverlener achterwege, maar je bent je ervan bewust hoe je blik en reacties daardoor gekleurd kunnen worden.

Marie komt gewoonlijk elke maand naar het gesprek met haar hulpverlener Shaira om te bespreken hoe het gaat en of het lukt om haar werk vol te houden. Ze heeft in de loop van de tijd al een heel scala aan maatregelen bedacht die haar helpen om te gaan met verstoringen in haar stemming. Maar nu had ze gebeld om een extra afspraak omdat ze het gevoel heeft kopje onder te gaan.

Terwijl ze vertelt hoe het met haar gaat, huilt ze en wringt ze haar handen. Ze kijkt Shaira nauwelijks aan. Ze schaamt zich als ze zegt dat het niet lukt. Ze is twee dagen geleden van haar werk weggelopen, omdat ze overal tegenop zag en niet meer kon beslissen wat ze als eerste op moest pakken.

Shaira laat haar vertellen en hoort vooral haar wanhoop en teleurstelling in zichzelf.

"Marie", zegt ze, "het is heel goed dat je om een extra afspraak hebt gevraagd. Wat denk je dat we hier samen aan kunnen doen?"

"Ik weet helemaal niets meer", huilt Marie.

Shaira glimlacht: "Dat is vast niet waar. Heb je zin in thee of koffie?"

"Thee", snift Marie.

"Dan haal ik dat", zegt Shaira, "en dan kan jij even nadenken over wat je nu nodig hebt."

4. *De hulpverlener maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij het eigen verhaal van de patiënt.*

Jeroen (hulpverlener) besprak de vorige keer welke verwachtingen Marina heeft van de gesprekken. Ze gaf aan hoe lastig ze haar leven nog steeds vindt, ook al gaat het veel beter dan zo'n tien jaar geleden. Ze vertelde over haar voorgeschiedenis en waar ze nu mee verder zou willen.

Jeroen: "Ons gesprek heeft me nog lang bezig gehouden."

Marina kijkt wat verbaasd naar hem en zegt: "Geloof je me niet?"

Jeroen: "Ik was enorm onder de indruk van je verhaal, of eerder je verhalen. Wat heb je ongelooflijk veel meegemaakt en wat spreekt daar ook veel kracht uit en levenservaring."

Marina: "Ja, dat is weer een voordeel van zo'n leven, het is in ieder geval niet saai."

Jeroen: "Hoe was het voor jou om daarover te vertellen?"

Marina: "Het maakte me ook wel verdrietig, het is wel veel ellende om aan terug te denken. En in het dagelijkse leven stop ik veel weg."

Jeroen: "Praat je er wel eens met anderen over?"

Marina: "Alleen met hulpverleners en zelfs dat vaak niet. Het kwam eigenlijk doordat je steeds maar verder vroeg. Waarom doe je dat eigenlijk, ga je opnieuw naar mijn diagnose kijken?"

Jeroen: "Ik probeer eigenlijk vooral te begrijpen wat voor iemand jij bent".

5. *De hulpverlener herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de patiënt (empowerment) zowel individueel als collectief.*

Kirsten (patiënt) heeft uitgekeken naar het gesprek, zegt ze. Van de bozige en teruggetrokken vrouw uit het begin van het contact ziet Bea niets meer. Maar Bea weet dat dit ook weer zo kan omslaan. Ze is nieuwsgierig hoe het optreden van Kirsten is gegaan.

Ze nodigt haar uit in de spreekkamer, en terwijl Kirsten haar jas uittrekt begint ze al te vertellen: "Gisteren heb ik die collega's van je gesproken."

Bea: "Oh ja vertel, ik ben ontzettend benieuwd."

Kirsten: "Ik was bij een lunchpresentatie. Meestal komt er een arts of verpleegkundige, maar nu kwam ik. Omdat jij had gezegd dat ze best mij konden vragen."

Bea had de aankondiging gezien en gehoord dat de vrouw die haar verhaal zou doen ziek was. Ze had toen inderdaad deze tip gegeven.

Bea: "Wel heel jammer dat ik er niet bij kon zijn."

Misschien ook maar goed, denkt Kirsten, anders was het nog spannender geweest.

Kirsten: "Roos deed de inleiding en ik heb verteld over mijn leven, wat ik heb meegemaakt en wat ik ervan geleerd heb. Het was heel stil terwijl ik vertelde. Daarna zei iemand dat ze het heel knap vond dat ik dat allemaal durfde te vertellen. En of ik trots was op dat ik dat allemaal had overleefd en ermee had leren omgaan. Ik heb geantwoord dat ik ook wel wat anders had willen leren, skiën of Italiaans."

Kirsten: "Maar weet je, ik was het wel. Trots bedoel ik."

Bea: "Ik zie het, en het staat je geweldig."

6. *De hulpverlener erkent, benut en stimuleert de ontwikkeling van ervaringskennis van de patiënt.*

Meike (hulpverlener) heeft gesprekken met Simon. Simon heeft een administratieve baan op een makelaarskantoor. Simon heeft veel last van angsten, waardoor het werk hem heel veel energie kost. Hij heeft niemand van zijn collega's hier iets over verteld. Hij slikt antidepressiva en hij wil daar van af. Hij wil een 'gewone' werknemer worden.

Meike bespreekt met Simon hoe hij de kennis die hij inmiddels al heeft opgedaan over wat bij hem werkt en wat niet beter kan gaan benutten en hoe hij ook weer nieuwe ideeën kan opdoen. Ze heeft pas gehoord dat er WRAP (Wellness Recovery Action Plan, zie hoofdstuk 5) groepen georganiseerd worden in het herstelhuis en dat lijkt perspectief te bieden.

Meike vertelt Simon wat voor informatie ze heeft gehad over WRAP. Omdat het Simon wel aanspreekt, gaat hij een afspraak maken voor meer informatie. Ze bespreken eerst samen hoe Simon dit aan gaat pakken.

7. De hulpverlener erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de patiënt door belangrijke anderen.

De hulpvrager is bijna nooit alleen; hij heeft familie, vrienden en kennissen om zich heen. Dit zijn zowel (mogelijke) bronnen van steun als eventuele belastende factoren. Zij kunnen ook behoefte hebben aan contact met de hulpverlener, om gehoord te worden en/of mee te denken over hoe het verder moet. Het is belangrijk om altijd met de cliënt te bespreken wie er in zijn netwerk zitten. Bedenk bij het zoeken naar oplossingen, mogelijkheden of steun hoe dit netwerk kan helpen en of het soms meer uitbreiding nodig heeft. Wees je ervan bewust dat mensen ook in het verleden schade opgelopen kunnen hebben in dit netwerk en dat relaties ernstig verstoord kunnen zijn. Het betrekken van die belangrijke anderen kan dus alleen met en via de patiënt.

Harold krijgt ondersteuning van John, sinds hij een half jaar geleden uitgeschreven is bij de GGZ. Harold en Christien zitten naast elkaar op de bank. Christien kijkt gespannen en Harold voelt zich duidelijk meer thuis.

John: "Zoals net ook al duidelijk werd, Harold heeft veel steun aan je, maar hij maakt zich ook zorgen dat hij teveel een beroep op je doet."

Christien: "Ach, dat doe je nu eenmaal als je met elkaar bent, dat hoort er dan ook bij."

Harold: "Maar het wordt soms toch ook te veel, je hebt al weken niet goed geslapen. En vorige week werd je woedend omdat ik weer zo in mijn angst schoot en niet mee wilde naar die verjaardag."

"Ach", zegt Christien, "in elk huwelijk is wel eens wat."

John: "Maar misschien is er in jullie huwelijk wel vaak wat, in ieder geval de laatste maanden. Snap je dat hij zich soms zorgen maakt?"

"Ja", zegt Christien, "maar als hij zich dan weer zorgen om mij maakt schiet het ook niet op."

John: "Wat zou wel helpen, of moet ik vragen: wie? Kennen jullie iemand die iets zou kunnen doen? Iets waar je wat aan hebt? Iemand die je kan helpen om het minder zwaar te maken?"

Christien: "Wij hebben niet zoveel vrienden, en mijn familie vindt toch al dat Harold niks voorstelt, dus ik heb niet zoveel zin om de vuile was buiten te gaan hangen."

John: "Laten we eerst eens kijken wat ieder van jullie kan opnoemen waar je wat steun bij zou kunnen gebruiken. Dan gaan we daarna nadenken wie daar iets in kan doen. Het kunnen soms hele kleine dingen zijn. En je hoeft niet meer te vertellen dan je kwijt wilt."

8. *De hulpverlener is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie/ autonomie (zie bijlage 5).*

Het kan zijn dat iemand te zeer overspoeld wordt door zijn psychisch lijden, dat hij door symptomen geen zicht heeft op wat hij nodig heeft of wat een volgende stap kan zijn. De inzet van de hulpverlener is dan vooral gericht op het verlichten van het lijden. Daarbij blijft het belangrijk om de cliënt zoveel mogelijk eigen regie te laten houden. Als je toch iets overneemt van die eigen regie, moet je dit ook (eventueel achteraf) kunnen uitleggen en bespreken en ervoor waken dat je acties niet het zelfvertrouwen ondergraven.

In het gesprek met Fouad wordt duidelijk dat hij heel erg druk is en dat het niet lukt om hem daar zelf bij te latenilstaan. Hij ratelt al vijftien minuten over alle plannen die hij heeft en hoe geweldig het allemaal gaat.

Fouad: "Ik heb vanmorgen al om 6 uur een hele brief geschreven aan de directie van de woningbouw, over mijn plan om veel beter gebruik te maken van al het afval dat nu zomaar wordt weggegooid."

Moniek: "Fouad, je hebt me dit plan nu heel goed uitgelegd, en ook het plan om te bezuinigen op verwarmingskosten, maar vind je ook niet dat het je allemaal wel heel veel bezighoudt en dat je daardoor te weinig slaap krijgt?"

Fouad: "Maar ik heb niet zo veel slaap nodig, ik ben harstikke fit. Jammer dat ik die brief niet heb meegenomen, want ik kan je het geloof ik niet helemaal goed uitleggen."

Moniek: "Je legt het juist goed uit, maar ik maak me een beetje zorgen om je."

Fouad: "Maar dat hoeft echt niet. Het gaat juist heel goed. Ik heb enorm veel energie".

Moniek: "Fouad, ik geloof je, je voelt je heel goed nu, maar we hebben al eerder besproken dat dit gevoel dan soms ook een valkuil is. Ik zou graag, zoals we toen ook hebben afgesproken, willen overleggen met je moeder over deze situatie. Heb je haar nog gesproken?"

Fouad: "Vorige week nog, maar ik zou haar niet bellen, ze maakt zich altijd veel zorgen om me."

Moniek: "Maar ik maak me ook zorgen. Ik wil graag met je moeder overleggen of ze elke dag even contact met je zoekt en me belt als het toch niet goed gaat. Jij kan me natuurlijk ook bellen."

Faciliteren van eigen regie

In het bieden van herstelondersteunende zorg is het belangrijk dat de hulpverlener eigen regie faciliteert in de ruimste zin van het woord. Het gaat om ruimte maken voor alles wat patiënten kan ondersteunen bij het vinden van de eigen weg. Hierbij kan de hulpverlener denken aan het gebruik van instrumenten en cursussen voor zelfhulp (zie hoofdstuk 5), die door mensen zelf ingezet kunnen worden om hun leven te verbeteren, op een wijze die zij zelf belangrijk vinden en waar ze zelf de controle over hebben. Daarvoor is het belangrijk dat de hulpverlener weet welke mogelijkheden er zijn in de omgeving van de patiënt en deze bespreekbaar maakt, om de toegang en het gebruik voor de patiënt te vergemakkelijken. Het blijkt dat de reguliere hulpverlening nog steeds weinig bekend is met de mogelijkheden van zelfhulp en patiënten onvoldoende doorverwijst (Steyaert e.a., 2014).

Dit vereist van de hulpverlener:

- Kennis van instrumenten en cursussen voor zelfhulp, zowel het aanbod van groepen als het internetaanbod.
- Vaardigheden om samen met patiënt te beslissen wat geschikt is en/of aansluit bij zijn situatie en mogelijkheden: gezamenlijke besluitvorming of shared decision making (SDM).
- Vaardigheden om eventuele hobbels bij aansluiting te helpen oplossen (kwartiermaken).

Daarnaast kunnen hulpverleners een belangrijke rol spelen bij het bereiken van doelen en de inrichting van het leven van de patiënt. Belangrijk in dit proces is dat hulpverleners niet zelf doelen gaan stellen die zij wenselijk vinden maar met respect voor de ervaringen en kennis van de patiënten mee zoeken naar de gewenste richting. Hulpverleners kunnen patiënten ondersteunen op een manier die hun talenten en krachten naar voren haalt en doet groeien. Methodes en benaderingen die hierbij gebruikt kunnen worden staan beschreven in hoofdstuk 4. Belangrijk is dat de hulpverlener ook aandacht heeft voor de hulpbronnen in de omgeving van de patiënt (bijvoorbeeld mensen die voor de patiënt belangrijk zijn, als de mogelijkheden in de omgeving).

4 De gesprekken

In dit hoofdstuk staat de inhoudelijke gespreksvoering tussen hulpverlener en patiënt centraal. Aan de orde komen enige aandachtspunten en thema's voor het gesprek die onder andere voortkomen uit de herstelvisie en die helpen bij het werken vanuit een herstelondersteunende attitude. Afhankelijk van de kennis en ervaring van de hulpverlener sluiten de aandachtspunten meer of minder aan. Voor sommige hulpverleners zal dit hoofdstuk vooral bevestigen dat ze al voor een groot deel op deze manier werken, andere kunnen het beschouwen als een nuttige handreiking. Ook zijn de lokale situatie, de setting waarin de gesprekken plaatsvinden en de mogelijkheden met betrekking tot de duur en de frequentie van de gesprekken bepalend voor hoe de gesprekken worden vormgeven. De praktijk zal uitwijzen wat mogelijk is tijdens één sessie. Belangrijk is dat de patiënt een reëel beeld krijgt van de (on)mogelijkheden in het hulpverleningstraject. In de laatste paragraaf worden enkele bekende methodes en benaderingen besproken die aansluiten bij de herstelvisie en waar mogelijk ingezet kunnen worden in de gesprekken.

4.1 Algemene aandachtspunten

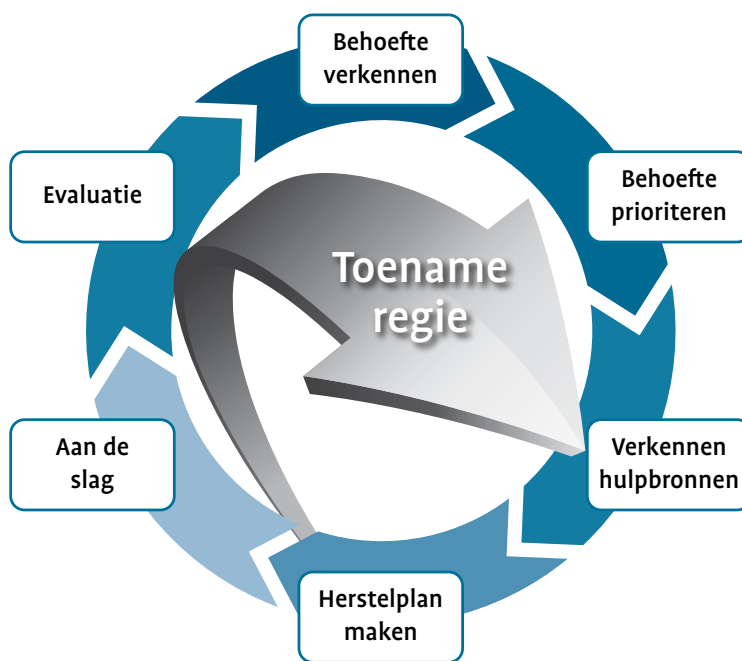
In de praktijk kan het behandelproces uitgevoerd worden alsof het een lineair proces is (zie Figuur 1) waarin het probleem het uitgangspunt is.

Figuur 1



Het behandelproces is echter een cyclisch proces, waarin voortdurend bijstelling nodig is. Een herstelproces is eveneens een cyclisch proces: vragen en behoeften van een patiënt veranderen en zo ook de doelen die hij/zij stelt. Het model (Figuur 2) kan gebruikt worden om het proces in de praktijk meer te structureren.

Figuur 2



Het spreekt voor zich dat het herstelproces geen geïsoleerd proces is. De patiënt kan niet los gezien worden van zijn of haar omgeving. Belangrijk is om in de gesprekken zicht te krijgen op de rol van betekenisvolle anderen in het leven van de patiënt.

Ook is het van belang om aan te sluiten bij de fase van herstel waarin een patiënt zit: 1) overweldigd worden door de aandoening; 2) worstelen met de aandoening; 3) leven met de aandoening; 4) leven voorbij de aandoening (zie bijlage 2). Help de patiënt bij het ontdekken wat hij/zij wil of nodig heeft en wat de mogelijkheden zijn. Gebruik desgewenst de vragenlijst over strategieën die patiënten kunnen toepassen in het omgaan met hun klachten (bijlage 7). Bespreek waar hij/zij graag mee aan de slag wil en waar hij/zij juist enorm tegenop ziet.

Houd er rekening mee dat de patiënt mogelijk een 'allergie' heeft ontwikkeld voor alles wat met GGZ te maken heeft. Typisch hulpverlenersjargon (bv. signaleringsplan, behandelplan of behandelplan) kan irritatie oproepen, net als het invullen van een vragenlijst of screener. Een gesprek voeren over de doelen die iemand zichzelf stelt kan compleet verkeerd vallen, omdat de patiënt dat in het verleden al vaker heeft gedaan. Veelal willen mensen een zo normaal mogelijk leven leiden.

De behoeften van patiënten kunnen sterk verschillen. Sommigen willen (even) helemaal niets, anderen bijvoorbeeld concreet advies van de hulpverlener in plaats van 'wat denkt u er zelf van?' Het is aan de hulpverlener om uit te zoeken of een periodiek 'vinger aan de pols' contact voldoende is of dat een patiënt mogelijk wel een ondersteuningsbehoefte heeft waarvoor de hulpverlener in de huisartsenzorg of de GBGGZ iets kan betekenen.

Het is belangrijk om vanaf het eerste gesprek specifiek aandacht te hebben voor de volgende zaken:

Gelijkwaardigheid in de patiënt – hulpverlener relatie

- Maak de gesprekken wederzijds, vertel tijdens de kennismaking bijvoorbeeld iets persoonlijks over jezelf, daarmee geef je aan wat voor persoon jij bent.
- Nodig de patiënt uit om iets te vertellen over zijn dagelijkse leven. Focus hierbij niet op de problemen en diagnose(s).
- Benoem expliciet dat de patiënt alles mag vragen of bespreken wat voor hem relevant is.
- Bespreek dat je je bewust bent dat het contact tussen jou en de patiënt heel belangrijk is en dat 'de klik' onderwerp van gesprek kan zijn. Bespreek wanneer 'de klik' geëvalueerd kan worden (en zoveel eerder als één van de twee dat belangrijk vindt).

De patiënt is leidend (zie ook bijlage 5)

- Hoe vindt de patiënt het om in de Huisartsenzorg of bij de GBGGZ te zijn? Heeft de patiënt hier om gevraagd of is deze gestuurd?
- Wil de patiënt wat met de gesprekken? En zo ja, wat?
- Wil de patiënt een doel voor ogen hebben? Zo ja, wat wil de patiënt bereiken?
- Welke ondersteuning heeft de patiënt nodig om het doel te bereiken?
 - Wat kan de patiënt zelf doen om het doel te bereiken? Welke mogelijkheden/krachten/hulpbronnen heeft de patiënt in het verleden gebruikt om een doel te bereiken? Wat past bij de patiënt? Vraag eventueel ook waar de patiënt slechte ervaringen mee heeft.
 - Wat kunnen anderen doen om de patiënt zijn/haar doel te laten bereiken? Wie kan hij/zij wat vragen? (ervaringsdeskundige, familie, vrienden, kennissen, hulpverlening)
- Welke planning is volgens de patiënt passend?
- Welke ruimte heeft de patiënt om aan te geven wat nodig is (of dit te onderzoeken en daarbij steun te krijgen)?

Klachtenmanagement

- Probeer te achterhalen hoe de patiënt met zijn/haar klachten omgaat. Hoeveel invloed hebben de klachten op het leven dat iemand leidt?
- Bespreek in hoeverre de klachten van invloed zijn op de verschillende aspecten van herstel (bijlage 1).
- Bespreek of de patiënt in het verleden factoren heeft kunnen ontdekken die (in positieve of negatieve zin) van invloed zijn op de klachten. Bespreek in hoeverre de klachten onderwerp van gesprek moeten zijn.

Besteed aan het eind van elk gesprek aandacht aan de volgende aspecten (indien van toepassing):

- Vraag een patiënt of hij/zij een basis ziet voor de voortzetting van de gesprekken. Maak duidelijk dat het belang/nut van de gesprekken altijd onderwerp van gesprek kan zijn. Benoem ook wat je als hulpverlener hierover vindt (formuleer het positief).
- Bespreek aan het eind van het gesprek wat de volgende stappen zijn. De prioriteiten en planning van de patiënt zijn hierin leidend en de (on)mogelijkheden van de hulpverlening dienen duidelijk te zijn ('verwachtingenmanagement').
- Leg de data voor één of meerdere volgende gesprekken vast.
- Bespreek dat de gesprekkenserie in principe eindig is en hoeveel gesprekken mogelijk zijn.

- Maak afspraken over eventuele tussentijdse contacten.
- Bespreek of er 'huiswerk' is. Dit kan zowel actie voor de patiënt als voor de hulpverlener zijn. Gaat de hulpverlener wat uitzoeken? Gaat de patiënt ergens over nadenken?
- Bespreek óf en hoe de afspraken en eventuele doelen op schrift worden gesteld. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een (herstel)plan, een *Strengths Assessment* (bijlage 8) of een lijstje op schrift of computer. Zie hoofdstuk 6.3 voor een uitgebreidere bespreking van behandelplannen en herstelplannen.

4.2 Voorbereiding

Hoewel de patiënt waarschijnlijk al langer bekend is bij de huisarts, wordt aangeraden een eerste gesprek duidelijk te markeren. Het overdragen van de begeleiding naar de Huisartsenzorg of GBGGZ kan immers voor de patiënt een nieuwe start betekenen maar ook een afscheid van het 'oude vertrouwde'. Hoewel het niet altijd mogelijk zal zijn, is een zogenaamde warme overdracht wenselijk. Tijdens dit gesprek bespreken de patiënt, de 'oude' hulpverlener van de gespecialiseerde GGZ en 'nieuwe' hulpverlener van de Huisartsenzorg/GBGGZ de achtergrond en mogelijkheden voor ondersteuning bij zelfmanagement. Altijd dienen afspraken gemaakt te worden over eventuele 'terugverwijzing' naar de gespecialiseerde GGZ als de klachten verergeren en/of de patiënt in crisis verkeert. In sommige situaties kan het wenselijk zijn om (schriftelijk) vast te leggen op welke termijn iemand weer een plek kan krijgen binnen een de gespecialiseerde GGZ.

Het is van belang dat een hulpverlener zich voor het eerste gesprek met de patiënt bezint: Wat is er overgedragen? Welk beeld geeft je dit? Welke informatie moet nog opgevraagd? Hoe ga je open en zo onbevangen mogelijk het eerste gesprek in? Misschien zonder dossier en alleen met een lijstje aandachtspunten?

Houd er rekening mee dat de patiënt veelal een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug heeft. Naar verwachting heeft de patiënt veelvuldig het verhaal opnieuw moeten vertellen. Beperk daarom de vragen rondom de ziektegeschiedenis tot wat relevant is in de huidige situatie en setting. Realiseer je dat de patiënt al langer met de aandoening leeft: hulpverlening is slechts een klein onderdeel van het leven dat iemand leidt.

4.3 Aandachtspunten eerste gesprek

Het eerste gesprek staat in het teken van de wederzijdse kennismaking. Bespreek met de patiënt of en hoe naasten betrokken kunnen worden bij de gesprekken en welke rol zij kunnen spelen bij het herstelproces van de patiënt. Vraag de patiënt of hij/zij bij het eerste gesprek en/of de vervolgesprekken een naastbetrokkene wil meenemen.

In het gesprek maakt de hulpverlener aan de patiënt duidelijk vanuit welke visie de ondersteuning geboden wordt, welke rolverdeling hij/zij voor ogen heeft en hoe de opbouw van de gesprekken er in grote lijnen uit gaat zien. Probeer vooral samen met de patiënt te verkennen wat de verwachtingen zijn ten aanzien van de gesprekken en in welke mate deze overeenkomen, of de

patiënt al een beeld heeft van wat deze wil bereiken, en van de mogelijkheden om het doel te bereiken. Deze onderwerpen kunnen leiden tot afspraken om iets verder uit te zoeken en dan kunnen tijdens een volgend gesprek meer concrete afspraken gemaakt worden.

Maak de inventarisatie behapbaar door vooral aandacht te besteden aan wat de patiënt het meest dwarszit en wat deze het liefste wil veranderen of waar de patiënt het meeste vertrouwen in heeft dat er iets veranderd kan worden. Mogelijk is een patiënt nog niet in staat om prioriteiten te stellen. Maak dat dan onderwerp van een volgend gesprek.

In de praktijk moet bekeken worden wat wel en niet mogelijk is in een eerste gesprek. De hulpverlener kan er ook voor kiezen om de 'verkenning' uit te spreiden over meerdere gesprekken. Aangeraden wordt om in het eerste gesprek afspraken te maken over een reeks van vervolggesprekken met duidelijke (tussentijdse) evaluatiemomenten.

4.4 Aandachtspunten tweede en volgende gesprekken

- Kijk samen met de patiënt terug naar het vorige gesprek en vraag wat hij/zij ervan vond. Heeft de patiënt er iets mee gedaan? Heeft hij/zij actie ondernomen?
- Wat heb jij als hulpverlener gedaan na het vorige gesprek? Waar heb je nog over nagedacht?
- Zijn bepaalde stappen of doelen behaald? Vieren! En zichtbaar maken. Zo ja, zijn er nieuwe stappen te zetten of doelen (hoe klein ook) te formuleren? Moet het eventuele (herstel) plan aangepast worden?
- Wat als de patiënt er niet in slaagt om het doel te bereiken: wat is het struikelblok, hoe kan de patiënt dat oplossen? Wat kan deze zelf doen? Is er meer steun nodig en van wie, wat kan de hulpverlener doen?
- Wil de patiënt ergens mee aan de slag? Zo ja, heeft de patiënt prioriteiten kunnen stellen? Waar wil hij/zij het eerste mee aan de slag? Gebruik zo nodig het werkblad *Strengths Assessment* (bijlage 8). Benoem en beschrijf ook waarmee je als hulpverlener ondersteunend kan zijn.
- Maak duidelijk dat de doelen in een plan geen statisch geheel vormen en voortdurend aangepast of aangevuld kunnen worden.
- Als de patiënt al meteen aan de slag kan met het organiseren van steun voor zijn plan is dat prachtig, maar vaak is het handiger om daar stappen in af te spreken. Probeer samen zo concreet mogelijk te krijgen hoe de patiënt het gaat aanpakken. Wie of wat kan hem/haar daarbij helpen? Stel voor om beloningen in te bouwen. Laat de regie bij de patiënt door hem/haar te vragen welke stappen hij/zij gaat nemen, wat de eerste stap is en wat de patiënt de volgende keer bereikt denkt te hebben. Vraag ook na waar de patiënt steun vindt.
- Bespreek hoe omgegaan wordt met het plan: Wordt het opgeschreven of niet? Wil de patiënt thuis aanvullingen kunnen maken? Hoe zorgen hulpverlener en patiënt er voor dat wijzigingen gecommuniceerd worden en dat beiden de meest recente versie beschikbaar hebben?
- Plan samen (nieuwe) evaluatiemomenten (bijvoorbeeld voortgang (herstel)plan, patiënt-hulpverlener relatie 'de klik').

- Is volgens eerdere afspraken een evaluatiemoment gepland? Besteed hier expliciet aandacht aan, maak er ruimte voor. Wat loopt goed, wat loopt minder goed. Is een doel of een tussenstap bereikt? Moet een doel bijgesteld worden?
- Bespreek of de patiënt nog op zijn plaats is bij de Huisartsenzorg of de GBGGZ. Zijn er zaken naar boven gekomen waarvoor gespecialiseerde GGZ-behandeling op zijn plaats is ofwel is terugverwijzing nodig?
- Bereid de patiënt voor op de beëindiging van het hulpverlenerscontact. Lukt het om samen overeenstemming te bereiken over het geschikte moment voor de beëindiging van het hulpverleningscontact? Bespreek twijfelpunten: Wat lijkt de patiënt lastig wanneer hij/zij geen periodiek contact meer heeft met de hulpverlener? Maakt de patiënt zich ergens zorgen over? Wat wil een patiënt nog voor de beëindiging van het contact bereiken?

4.5 Het afrondende gesprek

- Als het goed is, is het zowel voor de patiënt als de hulpverlener duidelijk wanneer het afrondende gesprek plaats vindt.
- Besteed samen expliciet aandacht aan wat de patiënt bereikt heeft. Heb hierbij ook oog voor kleine successen.
- Sta stil bij doelen die de patiënt niet gehaald heeft en problemen/klachten die blijven. Doe dit vanuit een houding van hoop en optimisme zonder de realiteit uit het oog te verliezen.
- Houd de deur op een kier: bespreek dat de patiënt zich weer kan melden wanneer het (tijdelijk) minder gaat.

4.6 Bruikbare methodes en benaderingen

In de gespreksvoering met patiënten kan een hulpverlener desgewenst ook gebruik maken van (onderdelen van) interventies die goed passen binnen de herstelvisie. Denk hierbij aan *motiverende gespreksvoering* of het *Strengths Model*. In deze paragraaf wordt een aantal geschikte methodes en benaderingen beschreven voor de ondersteuning bij zelfmanagement, zonder de pretentie hierin volledig te zijn. De keuze om met één of meerdere van deze methodes of benaderingen te gaan werken hangt af van de achtergrond, competenties en interesses van de hulpverlener, maar ook van de mogelijkheden binnen de organisatie. Is een hulpverlener bijvoorbeeld al geschoold in een bepaalde methode of zijn er mogelijkheden om scholing te volgen? Tussen de generalistische basis GGZ en huisartsenzorg en ook tussen praktijken onderling kunnen hierin grote verschillen bestaan. Dat is ook de reden waarom in deze handreiking niet één methode of benadering wordt voorgeschreven. Bovendien gaat het om een aanbod op maat wat patiënten ondersteunt bij hun zelfmanagement. Mogelijk kan de inzet van (onderdelen van) methodes hierbij wel helpend zijn.

Een methode die bij uitstek aansluit bij zelfmanagement is *motiverende gespreksvoering*. Hiermee wordt bevorderd dat de patiënt tot verandering van zijn gewoontegedrag overgaat. De gespreksvoering is gericht op het opbouwen van de intrinsieke motivatie van de persoon zodat de verandering van binnenuit kan groeien, en dus niet van buitenaf opgelegd hoeft te worden.

Een andere aanpak die zelfmanagement en persoonlijk herstel kan bevorderen is *oplossingsgerichte therapie*. Dit is een vorm van hulpverlening die gericht is op het benutten van de sterke kanten en hulpbronnen van de patiënt. Samen met de hulpverlener onderzoekt de patiënt welke vaardigheden hij al in huis heeft om zijn problemen aan te pakken. Oplossingsgerichte therapie is kortdurend en resultaatgericht.

Ook bij het *Strengths Model* staan individuele krachten van patiënten centraal. Deze worden ontleend aan wensen, competenties en vertrouwen. Het *Strengths Assessment* (zie bijlage 8) maakt onderdeel uit van het model en biedt een kapstok voor een hulpverlener en patiënt om samen te onderzoeken wat iemands sterke kanten zijn en waar de hulpbronnen voor veranderwensen gevonden kunnen worden.

Voor veel patiënten is het vertellen van het eigen levensverhaal van belang voor het persoonlijk herstel. De *narratieve benadering* sluit daar goed bij aan. Deze gaat ervan uit dat de manier waarop mensen hun verhaal vertellen, bepaalt hoe ze in het leven staan. Door deze verhalen te analyseren en waar nodig bij te stellen, ontstaat ruimte voor nieuwe inzichten.

Tot slot is 'present zijn' één van de kenmerken van herstelondersteunende zorg. De *presentiebenadering* verwoordt de basishouding van de herstelbenadering: het naast de ander staan, zonder op voorhand in actie te schieten.

Naast deze benaderingen zijn er passende methodieken die vooralsnog alleen voor patiënten van de GGZ worden ingezet. Denk bijvoorbeeld aan de *Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)*, *Individuele Plaatsing en Steun (IPS)* en *Illness Management and Recovery (IMR)*. Het is zeer wenselijk dat deze methodieken ook beschikbaar komen voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in de generalistische basis GGZ en huisartsenzorg.

Meer informatie over deze methodes en benaderingen is te vinden in bijlage 9.

5 Instrumenten en cursussen voor zelfhulp

In de ondersteuning bij zelfmanagement is het belangrijk om patiënten te informeren over mogelijkheden van zelfhulp en hen indien gewenst te begeleiden naar een aanbod in de regio. In dit hoofdstuk wordt een beknopt overzicht gegeven van verschillende beschikbare instrumenten en cursussen voor zelfhulp, interessante websites en e-mental health. Voordat patiënten hiernaar verwezen worden is het belangrijk om na te gaan welke methodes in de omgeving geboden worden en welke toegankelijk zijn voor patiënten in de huisartsenzorg en de generalistische basis ggz. Indien geen aanbod beschikbaar is voor zelfhulp, kan dit mogelijk georganiseerd worden.

WRAP in Nederland

WRAP staat voor Wellness Recovery Action Plan, een in Amerika ontwikkeld zelfhulp-instrument. WRAP in Nederland, een initiatief van Kenniscentrum Phrenos en het HEE-team, ondersteunt de verspreiding van WRAP in Nederland door scholing en voorlichting. WRAP ondersteunt mensen om weer greep te krijgen (en te houden) op het leven wanneer dat ontregeld raakt door ernstige gebeurtenissen. Als Kompas geldt daarbij een gereedschapskoffer voor een goed gevoel, die vervolgens toegepast worden op risicosituaties en actieplannen. In acht bijeenkomsten van 2,5 uur maken de deelnemers samen met twee ervaringsdeskundigen – die zijn opgeleid tot WRAP facilitator – een begin met een eigen WRAP. Zij vullen hun actieplannen aan met passend 'gereedschap' voor dagelijks onderhoud, triggers, vroege waarschuwingstekens, signalen van ontsporing, crisis en post-crisis. Alle actieplannen geven antwoord op de hoofdvraag: wat heb ik wanneer nodig om me goed of weer beter te voelen? De uitwisseling van ideeën en het vinden van (h)erkenning en wederzijds begrip in groepsverband dragen bij aan het hervinden van eigen mogelijkheden.

WRAP is in de VS erkend als bewezen effectieve interventie. In een brede RCT werden significante verbeteringen gevonden in (door de deelnemers zelf gerapporteerde) psychiatrische symptomen, herstel, hoop, opkomen voor eigen belangen en lichamelijke gezondheid (Cook e.a., 2012).

Meer info: www.kenniscentrumphrenos.nl

Er is ook een WRAP app beschikbaar via de App Store.

Herstellen doe je zelf

De cursus Herstellen doe je zelf 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.

Een randomized controlled trial (RCT) naar de cursus Herstellen Doe Je Zelf laat een positief effect zien op empowerment, hoop en zelfvertrouwen. Dit effect was ook drie maanden na afloop van de cursus nog aanwezig (Van Gestel-Timmermans, 2011).

Meer info: www.kenniscentrum-ze.nl

Herstelwerkgroep

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.

In een lopende RCT van Wilma Boevink naar trajecten waarin HEE-producten zoals de herstelwerkgroepen worden ingezet, zijn positieve uitkomsten gevonden voor wat betreft vertrouwen in de toekomst en mentale veerkracht. Ook lijkt sprake te zijn van vermindering van symptomen van depressie en van negatieve symptomen bij psychose (nog niet gepubliceerd).

Meer info: www.hee-team.nl/cursusaanbod/herstelwerkgroep

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. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de cursus.

Meer info: www.yucare.nl/trainingen-en-cursussen/fotovoice

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. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de cursus.

Meer info: www.hee-team.nl/cursusaanbod/werken-met-eigen-ervaring

Ervan verhalen

In een serie van vier bijeenkomsten van elk 2,5 uur worden de deelnemers uitgenodigd om aan de slag te gaan met een persoonlijk herstelverhaal. Tijdens de vijfde en laatste bijeenkomst worden de verhalen door de deelnemers gepresenteerd. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de cursus.

Meer info: www.hee-team.nl/cursusaanbod/ervan-verhalen

Het maken van je herstelverhaal (digitaal)

In deze cursus schrijven mensen individueel aan hun herstelverhaal. De cursus is digitaal en verloopt aan de hand van opdrachten en bouwstenen. Die bouwstenen zijn opgesteld vanuit het herstelprincipe. Hoe lang je de tijd neemt voor iedere bouwsteen en in welke volgorde je bezig gaat met je verhaal, hangt af van hoe lang en waarmee je zelf bezig wilt zijn. Je volgt

dus je eigen tempo hierin. De bouwstenen zijn terug te vinden op een website waar je een login voor krijgt bij aanmelding. Je krijgt een ervaringsdeskundig begeleider aangewezen die je via e-mail zal begeleiden. Deze begeleiding is vooral gericht op het schrijven/delen van je verhaal. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de cursus.

Meer info: www.markieza.org/academie

Anonieme Alcoholisten (Twaalf Stappen model)

De Anonieme Alcoholisten (AA) is waarschijnlijk het oudste en wijdverbreidste voorbeeld van zelfhulp. Het hierop gebaseerde Minnesota Model is voor verslaving de meest gebruikte behandelmethode ter wereld. Er zijn bijna tweehonderd AA-groepen in Nederland. AA streeft naar herstel van de gevolgen van het drankprobleem van haar leden en stelt zich ten doel dit herstel door te geven aan een ieder die het verlangen heeft te stoppen met drinken. De AA werkt met twaalf stappen; bij elke bijeenkomst wordt één stap behandeld. De ervaring die men opdoet kan men weer doorgeven aan nieuwe leden waardoor men niet alleen zichzelf helpt maar ook anderen. Er is in Nederland onvoldoende wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de AA om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit.

Zelfhulpboek 'Op weg naar herstel'

'De weg naar herstel' is de Nederlandse uitgave van 'Pathways to Recovery'; wat door het centrum voor Psychiatrische Rehabilitatie is benoemd als een van de top drie herstelwerken in de VS. Het is bedoeld voor patiënten, in zorg bij een GGZ-instelling, en bevat tips die gebruikt worden om leren vooruit te kijken, doelen te stellen voor het leven en dromen te realiseren. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar dit zelfhulpboek.

Interessante websites voor zelfhulp

www.hee-team.nl

www.zelfhulpverbindt.nl

www.zelfhulpnetwerk.nl

www.herstelondersteuning.nl

www.ervaringswijzer.nl

www.deervaringsdeskundige.nl

www.ervaringswerkers.org

www.scipweb.nl

www.kenniscentrum-ze.nl

www.markieza.org

www.stichtingweerklank.nl

www.anoiksis.nl

www.platformggz.nl

www.clienten-pagina.nl

www.dooreenvoor.nl

www.igpb.nl

www.rcodehoofdzaak.org

portal.ou.nl/web/wijzer-door-ervaring/startpagina

E-mental health

De laatste jaren komt er steeds meer beschikbaar op het gebied van e-mental health, ook voor patiënten van de huisartsenzorg en BGGZ. Om veilige en goede interventies te onderscheiden van andere is een keurmerk ontwikkeld voor onlinehulp, ontwikkeld door het Trimbos-instituut in samenwerking met GGZ-instellingen. Op www.onlinehulpstempel.nl is een actueel overzicht te vinden van het goedgekeurde hulpaanbod.

6 Uitdagingen in de uitvoering van ondersteuning bij zelfmanagement

De uitvoering van de ondersteuning bij zelfmanagement in de Huisartsenzorg en de GBGGZ is een uitdaging. Van patiënten en hulpverleners wordt verwacht dat zij aan herstel en zelfmanagement gaan doen waarvoor kennis en vaardigheden vereist zijn. Verder kunnen patiënt en hulpverlener te maken krijgen met de volgende spanningsvelden: de benodigde tijd versus de beschikbare tijd, de gebruikelijke benadering versus de herstelgerichte benadering en de gangbare instrumenten en instrumenten passend binnen de herstelondersteunende zorg.

6.1 Vaardigheden van patiënten en hulpverleners

6.1.1 Wat vraagt ondersteuning bij zelfmanagement van de patiënt?

Niet alle patiënten zijn in staat hun leven te managen volgens de verwachtingen van de maatschappij en de hulpverleners, ook al zouden ze dat willen (Trappenburg e.a., 2014). Het kan zijn dat patiënten met complexe problematiek en/of verkerende in een complexe situatie afgeleerd hebben zelf de regie te nemen. Eveneens is het mogelijk dat patiënten vanuit boosheid of onzekerheid weigeren de regie te nemen of veel last hebben van klachten. Daarom is het belangrijk om bewust om te gaan met de variatie in de hoeveelheid regie die een patiënt wil en kan nemen en hem of haar aan te moedigen de regie geleidelijk steeds meer te nemen. Belangrijk is om met de patiënt te bespreken wat ervoor nodig is om de eigen regie te vergroten. Het kan gaan om zelfvertrouwen of geloof in eigen kunnen, maar ook om vaardigheden zoals probleemoplossend vermogen, besliskundig vermogen of het tijdig gebruikmaken van hulpbronnen (Trappenburg, 2014). Door specifieke (vaardigheids)training en begeleiding kan de patiënt hierin groeien.

6.1.2 Wat vraagt ondersteuning bij zelfmanagement van de hulpverlener?

Door de bezuinigingen in de zorg kunnen individueel herstel en zelfmanagement gezien worden als een goedkoop alternatief voor ondersteuning. Het risico bestaat dat zelfmanagement als een hulpverlenersinstrument wordt ingezet en beschreven wordt wat de patiënt allemaal moet doen om zijn ziekte te managen. Van zelfregie is dan geen sprake. Daarnaast kunnen hulpverleners patiënten aan hun lot over laten onder het mom van individueel herstel en eigen regie wat tot verwaarlozing kan leiden. Omgekeerd kan het zijn dat hulpverleners zich bezwaard voelen, omdat zij het gevoel hebben dat ze patiënten in de steek laten als ze de regie uit handen geven. Belangrijk is om hierin naar een goede balans te zoeken. Uitwisseling met anderen kan helpend zijn.

Om de ondersteuning bij zelfmanagement goed uit te voeren zijn kennis, vaardigheden en vooral een herstelondersteunende attitude vereist. In de training die hoort bij deze handreiking (zie bijlage 4) wordt hierbij stilgestaan. Het is aan te bevelen om het hele team, dus ook huisartsen

en assistentes, (incompany) te scholen in herstelondersteunende zorg. Bovendien bleek uit de pilot dat intervisie belangrijk is om de herstelondersteunende attitude en vaardigheden te blijven onderhouden. De intervisie zou gevoerd kunnen worden met behulp van de acht kenmerken van herstelondersteunende zorg (hoofdstuk 3); bijvoorbeeld door aan de hand van voorbeelden de eigen attitude te toetsen aan deze kenmerken.

6.2 Benodigde tijd

Het aantal minuten dat per jaar besteed kan worden aan de gesprekken is per setting verschillend en kan jaarlijks veranderen, afhankelijk van de afspraak die hierover gemaakt wordt met de zorgverzekeraar. Ook de begeleidingsduur is aan ontwikkelingen onderhevig en wordt op verschillende manieren ingevuld. In deze handreiking wordt uitgegaan van een ondersteuningsduur van ongeveer een jaar en een contactfrequentie van één keer per maand van gemiddeld 45 minuten per gesprek. Voordat het jaar om is evalueren de patiënt en de hulpverlener of continuering van de ondersteuning wenselijk is. Verlies hierbij niet uit het oog dat het voor sommige patiënten wenselijk is dat hulpverleners langdurig 'een vinger aan de pols houden'. Neem hierin mee dat het onwenselijk is een patiënt in korte tijd twee maal over te dragen naar een andere zorgwaarte: bijvoorbeeld vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GBGGZ en vervolgens na een jaar weer naar de Huisartsenzorg.

In het eerste gesprek kan de hulpverlener al de eerste uitdagingen tegenkomen. Bijvoorbeeld omdat op basis van afspraken binnen de zorgorganisatie of met de zorgverzekeraar verschillende activiteiten uitgevoerd moeten worden. Denk hierbij aan de Routine Outcome Monitoring (ROM) tijdens het eerste gesprek, het opstellen van een behandelplan, eventueel overleg (intern en extern), recepten, bloedonderzoek, etc. Bekijk vooraf welke van deze activiteiten vooraf of op een ander moment plaats kunnen vinden, zodat hulpverlener en de patiënt zich tijdens het gesprek kunnen richten op de verkenning.

6.3 Behandelplan

Voor het opstellen van een behandelplan kunnen meerdere gesprekken worden gebruikt. Tijdens het eerste gesprek wordt hier een start mee gemaakt. Dit behandelplan heeft doorgaans wegens wettelijke verplichtingen een vaste structuur die vaak uitgaat van de ziekte of problemen en onvoldoende ruimte biedt aan persoonlijke hersteldoelen van de patiënt. Desgewenst kan een patiënt daarom naast het behandelplan een eigen (herstel)plan maken waarin meer wordt uitgegaan van mogelijkheden, hulpbronnen en ambities. Er is geen standaard voorbeeld te geven van een herstelplan, omdat hier nog weinig mee gewerkt wordt en zo'n plan er voor iedereen anders uitziet. Het gaat erom dat iemand persoonlijke doelen formuleert en wie of wat hem daarbij kan helpen. Dit kan bijvoorbeeld met een WRAP (zie hoofdstuk 5). Dit is een persoonlijk plan van iemand zelf, wat al dan niet besproken kan worden met de hulpverlener. Het is van belang om binnen de zorgorganisatie af te spreken hoe met de plannen wordt omgegaan, rekening houdend met de eisen die bijvoorbeeld de zorgverzekeraar stelt. Afhankelijk van de lokale situatie en mogelijkheden binnen de organisatie kan uitgewerkt worden:

- Op welke manier de afspraken worden vastgelegd.
- Waar de plannen bewaard worden en hoe er wordt zorggedragen dat zowel patiënt als hulpverlener er toegang toe hebben.
- Hoe verschillende documenten zich tot elkaar verhouden.
- Of een online persoonlijk gezondheidsdossier haalbaar is. Bijvoorbeeld het Persoonlijk gezondheidsdossier van Patiënt1 (www.patient1.nl).

6.4 Herstelgerichte benadering

Het is van belang om voor ogen te houden dat de herstelgerichte benadering anders is dan de gebruikelijke benadering. Bij de gebruikelijke benadering staat de klacht en stoornis centraal. Bij de herstelgerichte benadering is het *leven* met de stoornis meer leidend. De indicatiestelling voor de GBGGZ en de gespecialiseerde GGZ wordt deels 'gestuurd' door de stoornis. Vergelijk de diagnose behandel combinatie (DBC) en het werken in zorgprogramma's (bijvoorbeeld stemmingsstoornissen). In de GBGGZ en de gespecialiseerde GGZ staat veelal het behandelen van de stoornis centraal en neemt de diagnosestelling een belangrijke plaats in. Bij de verwijzing vanuit de gespecialiseerde GGZ komt de diagnose daardoor naar verwachting prominent naar voren en blijven 'leven met' aspecten mogelijk onderbelicht. Zorgorganisaties streven veelal naar een 'warme' overdracht van hun patiënten. Bij een warme overdracht is het voor de 'ontvangende' hulpverlener mogelijk om vragen te stellen die meer 'herstelgericht' zijn. Ook kan de hulpverlener informatie verzamelen over andere levensgebieden die van belang zijn (naast psychische en lichamelijke gezondheid).

6.5 Meetinstrumenten

Binnen zorgorganisaties is het toenemend gebruikelijk om ROM-vragenlijsten af te nemen. Deze vragenlijsten zijn vaak stoornisgericht, waardoor er een spanningsveld is tussen ROM-vragenlijsten en de herstelgerichte visie. ROM wordt ingezet om te meten of psychische klachten gedurende de behandeling afnemen en de behandeling effect heeft.

Per organisatie kan het verschillen welke vragenlijsten afgenomen worden. Zo kan binnen de ene organisatie de Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) gebruikt worden (wordt door de hulpverlener ingevuld) en kiest de andere organisatie voor de Outcome Questionnaire (OQ) 45 (wordt door de patiënt ingevuld).

Het is de vraag of de doelen die de patiënt stelt en eventueel bereikt binnen de *Ondersteuning bij zelfmanagement* voldoende aansluiten bij de uitkomstmaten van de ROM. Mogelijk zijn andere vragenlijsten beter passend, zoals de Nederlandse Empowerment Lijst (Boevink ea., 2008). De LPGGz (Kits & Makkink, 2011) uit een voorkeur voor de Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA), omdat de MANSA zich op levensbrede domeinen richt. Bovendien sluiten de vragen aan op eventuele doelen in het behandelplan. De OQ-45 is een vragenlijst voor het meten van psychische klachten en patiëntvertegenwoordigers vinden dat de vragen vooral betrekking hebben op de beperkingen van de patiënt, en meten niet in hoeverre patiënten persoonlijk hersteld zijn. De HONOS is een observatielijst die alle probleemgebieden

in kaart brengt. Patiëntvertegenwoordigers vinden dat er met name gekeken wordt naar symptomen. Terwijl kwaliteit van leven en persoonlijk herstel voor mensen met chronische klachten zeer van belang zijn en in deze vragenlijst gemist worden.

Steeds zal de wenselijkheid van het toevoegen van een vragenlijst en de mogelijke bijkomende belasting voor patiënten afgewogen moeten worden.

Literatuurlijst

Boevink, W. (2009). *Lijsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boevink, W., Kroon, H. & Giesen, F. (2008). *De Nederlandse Empowerment Vragenlijst*. Utrecht: Trimbos instituut.

CBO Zorgmodule Zelfmanagement 1.0 (2014). *Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten*. CBO. www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Zorgmodule_Zelfmanagement_1.0.pdf

Centrale Patiëntenraad Altrecht (2008). *Een blik op de praktijk: De betrokkenheid van de patiënt bij het behandelplan*. Utrecht: Altrecht.

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. (2012). Results of a Randomized Controlled Trial of Mental Illness Self-management Using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 881-91.

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.

Gestel-Timmermans, J.A.W.M. van, Brouwers, E.P.M., Assen, M.A.L.M. van, & Nieuwenhuizen, Ch. van (2012). Effects of a peer-run course on the recovery of people with major psychiatric problems: A randomised controlled trial. *Psychiatric Services*, 63(1), 54-60.

GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Hendriksen-Favier, A.I., Nijens, K. & Van Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van; Erp, N., Bouman, J. & Muusse, C. (2014). *Trendrapportage GGZ. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kits, L. & Makkink, S. (2011). *ROM vanuit cliëntperspectief. Beoordeling ROM-instrumentarium vanuit cliënten-/familieperspectief*. LPGGz. www.platformggz.nl/lpggz/download/rom/beoordeling-rom-instrumentarium-vanuit-clienten-familieperspectief.pdf

Lopes, R.T., Goncalves, M.M. & Machado, P.P.P. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy research*, 24(6), 662-674.

Polder, J.J., Takken, J., Meerdering, W.J., Kommer, G.J. & Stokx, L.J. (2010). *Cost of illness in the Netherlands. [Kosten van ziekten in Nederland, in Dutch]*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif*, 28, 183–218.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.*, 47(9), 1102-14.

Riper, H., Andersson, G., Hunter, S.B. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 394-406.

Steyaert, J., Kwekkeboom, R., Meulen, M. van der. (2014). *Gesteund door zelfhulp*. Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken. [www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Gesteund-door-zelfhulp%20\[MOV-2939854-1.0\].pdf](http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Gesteund-door-zelfhulp%20[MOV-2939854-1.0].pdf)

Trappenburg, J, Jonkman, N., Jaarsma, T., Os-Medendorp, H. van, Kort, H., Wit, N. de, Hoes, A. & Schuurmans, M. (2014). Zelfmanagement bij chronische ziekten. *Huisarts en wetenschap*, 57(3), 120-124.

Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C.J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*, 184, 386-392.

Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Van Beljouw, I. M. J., & Pot, A. (2010). Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *Gerontologist*, 50, 541-549.

Wollaars, M (2014). *Bouwstenen zelfmanagement en passende zorg*. LPGGz. www.platformggz.nl/lpggz/download/common/bouwstenen-zelfmanagement-en-passende-zorg-lpggz-definitief.pdf

Bijlage 1 Aspecten van herstel en herstelondersteuning

In onderstaand schema worden verschillende aspecten onderscheiden in het herstelproces, om aan te geven welke vorm van hulpverlening aan kan sluiten op welke aspecten van herstel. In het dagelijks leven zullen voor de meeste mensen alle aspecten door elkaar lopen en niet zo goed van elkaar te onderscheiden zijn.

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).

Bijlage 2 De fasen in herstel

Uit: Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ
(Hendriksen-Favier ea., 2012)

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. Gagne, 2004; 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 patiënten 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

Ontredde ring 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.

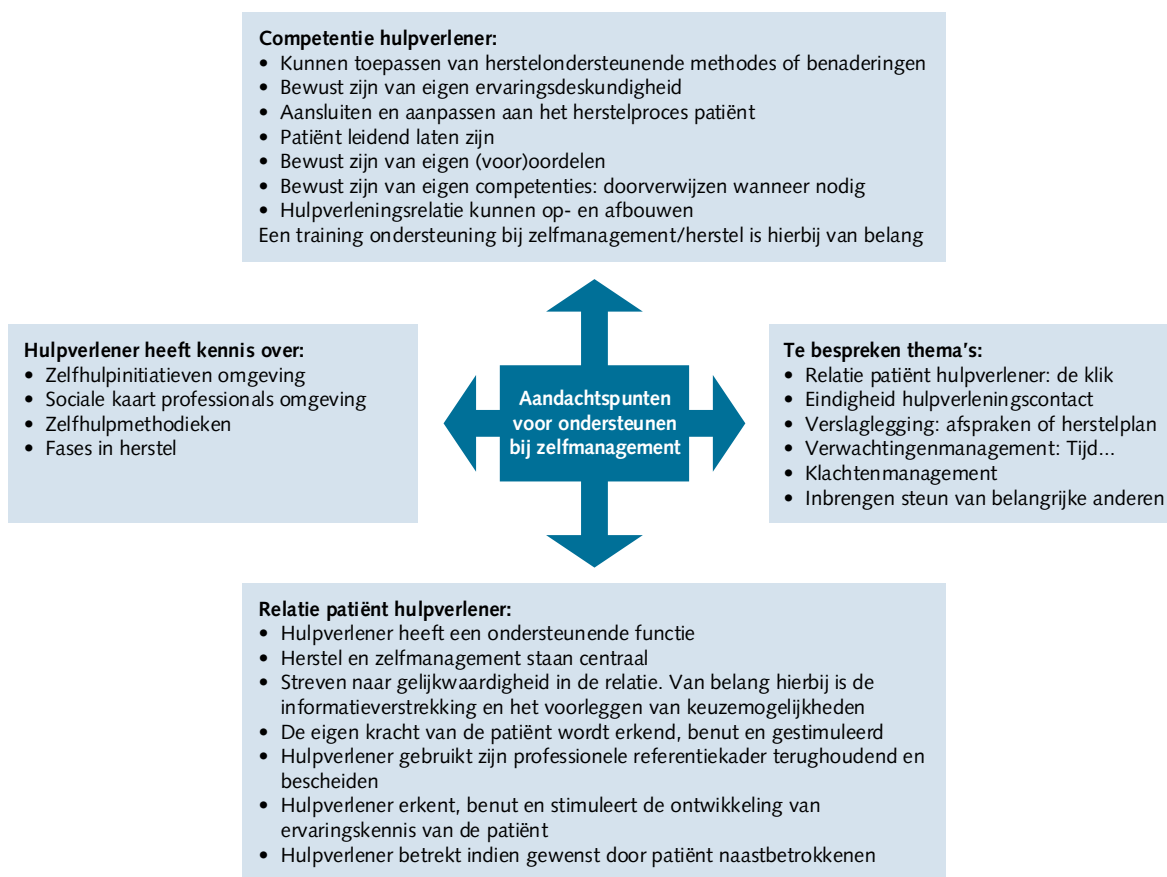
De derde fase

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.

Bijlage 3 Aandachtspunten bij werken vanuit herstelvisie



Bijlage 4 Programma van de training

Om hulpverleners te ondersteunen bij het toepassen van de aanbevelingen uit deze handreiking, is een training ontwikkeld van twee dagdelen. Deze training is vooral gericht op het verhelderen van de herstelvisie en de principes van herstelondersteunende zorg en op het oefenen met de vertaling naar de praktijk van hulpverleners. De training wordt gegeven door ervaringsdeskundige docenten van HEE, die veel ervaring hebben in het geven van soortgelijke trainingen (www.hee-team.nl).

Op de eerste dag staat de herstelvisie centraal. We verhelderen de concepten herstel, empowerment en zelfmanagement door presentaties van de docenten, door het verkennen van eigen ervaringen van de deelnemers met herstel en empowerment en door een koppeling te leggen naar wat helpend en belemmerend is bij herstel.

Op de tweede dag onderzoeken we wat hulpverlening herstelondersteunend maakt en oefenen we aan de hand van casuïstiek en praktijkvoorbeelden met een andere werkwijze.

Globaal programma dagdeel 1

13:00 uur Kennismaking, groepsafspraken, doelstelling

Introductie van de training en verbinding met de handreiking

Nadere kennismaking a.d.h.v. een spel rond persoonlijke herstelervaringen

Interactieve presentatie van de herstelvisie en de concepten herstel en empowerment in relatie tot zelfmanagement

Herstelverhaal door een HEE docent, gevolgd door bespreken van herstelelementen in herstelverhaal (toespitsing op eigen regie)

15:00 uur Pauze

Oefening 'Verkenning persoonlijke herstelervaring'

Nabespreking en terugkoppeling aan eerdere informatie

Wat helpt en wat hindert in persoonlijk herstel

Vorbereiding opdracht: herstellijn en in gesprek met patiënten

17.00 Afsluiting

Globaal programma dagdeel 2

13:00 uur Terugblik eerste dagdeel, doelstelling en programma

Terugkoppeling opdracht

Wat is herstelondersteunende zorg? Presentatie en discussie

Kenmerken herstelondersteunende zorg a.d.h.v. praktijkvoorbeelden

Voorbeelden van deelnemers uit eigen praktijk

15:00 uur Pauze

Oefenen met ondersteunen zelfmanagement

Reflectie op: wat vraagt dit van mij als hulpverlener

Persoonlijk actieplan maken.

16:45 uur Evaluatie en vaststellen datum terugkom bijeenkomst

17:00 uur Afsluiting

Bijlage 5 De vier elementen van zelfregie

Bron: QueZ, vragen naar zelfregie (Brink e.a., 2013)

Zelfregie in de dialoog tussen patiënt en professional betekent het volgende:

Eigenaarschap

De patiënt beslist en heeft de leiding.

De professional volgt.

Kracht

De kracht van de patiënt is minstens zo belangrijk als zijn problemen.

De professional toont vertrouwen en vraagt ook naar de kracht.

Motivatie

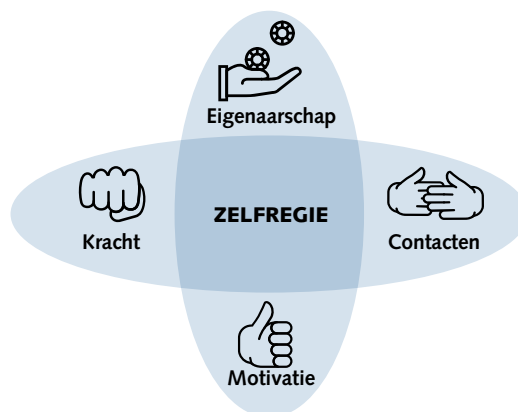
De motivatie van de patiënt is de enige maatstaf voor wat een goede keuze is.

De professional helpt de patiënt zijn motivatie te vinden.

Contacten

Contacten met anderen zijn cruciaal.

De professional ondersteunt de patiënt bij het in kaart brengen en versterken van zijn contacten.



Vragen voor het gesprek met de patiënt

Eigenaarschap

Wat wilt u veranderen?

- Wat wilt u met de verandering bereiken?
- Stel dat u dat veranderd heeft, hoe merkt u dat dan concreet? En wat merken anderen?
- Wat wilt u houden zoals het is, waarover bent u tevreden?
- Waarom vraagt u juist nu om hulp?

Wat heeft u hierbij nodig?

- Hoe gaat u meestal om met problemen of veranderingen?
- Hoe maakt u keuzes en komt u in actie?
- Wat heeft u in deze situatie nodig?
- Wat verwacht u van mij?

Wie of wat heeft invloed op de keuzes die u maakt?

- Waar maakt u gebruik van bij het maken van keuzes? (informatie, tijd, mensen, intuïtie, social media)
- Vraagt u anderen wel eens om raad?
- Wie heeft er invloed op de keuzes die u maakt, gewenst of ongewenst?
- Hoe vrij voelt u zich in het maken van keuzes?

Kracht

Waar bent u goed in?

- Wat geeft u plezier en energie?
- Waar bent u trots op? Wanneer zijn anderen trots op u?
- Vragen anderen u wel eens om hulp? Zo ja, waarvoor?
- Stel dat we een uitje organiseren met elkaar, welke rol past u dan het beste?

Wat doet u om overeind te blijven in moeilijke periodes?

- Hoe kijkt u terug op moeilijke periodes in uw leven?
- Wat heeft u gedaan om overeind te blijven?
- Wat zou u nu anders willen doen?
- Wat of wie heeft u geholpen? Hoe kijkt u aan tegen het vragen van hulp?

Hoe kunt u uw sterke kanten in deze situatie inzetten?

- Welke van uw vaardigheden (kunnen), kennis (weten) en kwaliteiten (zijn) komen nu van pas?
- Wat wilt u (beter) leren om met deze situatie om te gaan?
- Welk advies zou u een jongere versie van uzelf geven?
- Hoe kunnen anderen uw sterke kanten aanvullen?

Motivatie

Wat vindt u leuk om te doen?

- Naar welk moment van de dag kijkt u uit?
- Wat zijn activiteiten die vanzelf lijken te gaan?
- Waar komt u uw bed voor uit?
- Waar kunnen we u midden in de nacht voor wakker maken?

Wat vindt u het belangrijkste in het leven?

- Waar bent u het meest trots op in uw leven?
- Wie is voor u een voorbeeldfiguur? Waarom?
- Met wie voelt u zich het meest verbonden?
- Als u uw leven over kon doen, wat zou u dan zeker hetzelfde doen?

Wat zou u willen bereiken?

- Stel dat al uw problemen opgelost zouden zijn, hoe ziet uw leven er dan uit?
- Hoe ziet uw ideale dag eruit?
- Wat is het belangrijkste voor u in deze situatie om te veranderen?
- Hoe wilt u dat anderen zich u herinneren als u niet meer leeft?

Contacten

Welke mensen zijn belangrijk voor u?

- Met welke mensen heeft u regelmatig contact?
- Bij wie voelt u zich op uw gemak?
- Welke mensen steunen u?
- Aan wie verleent u zelf steun?

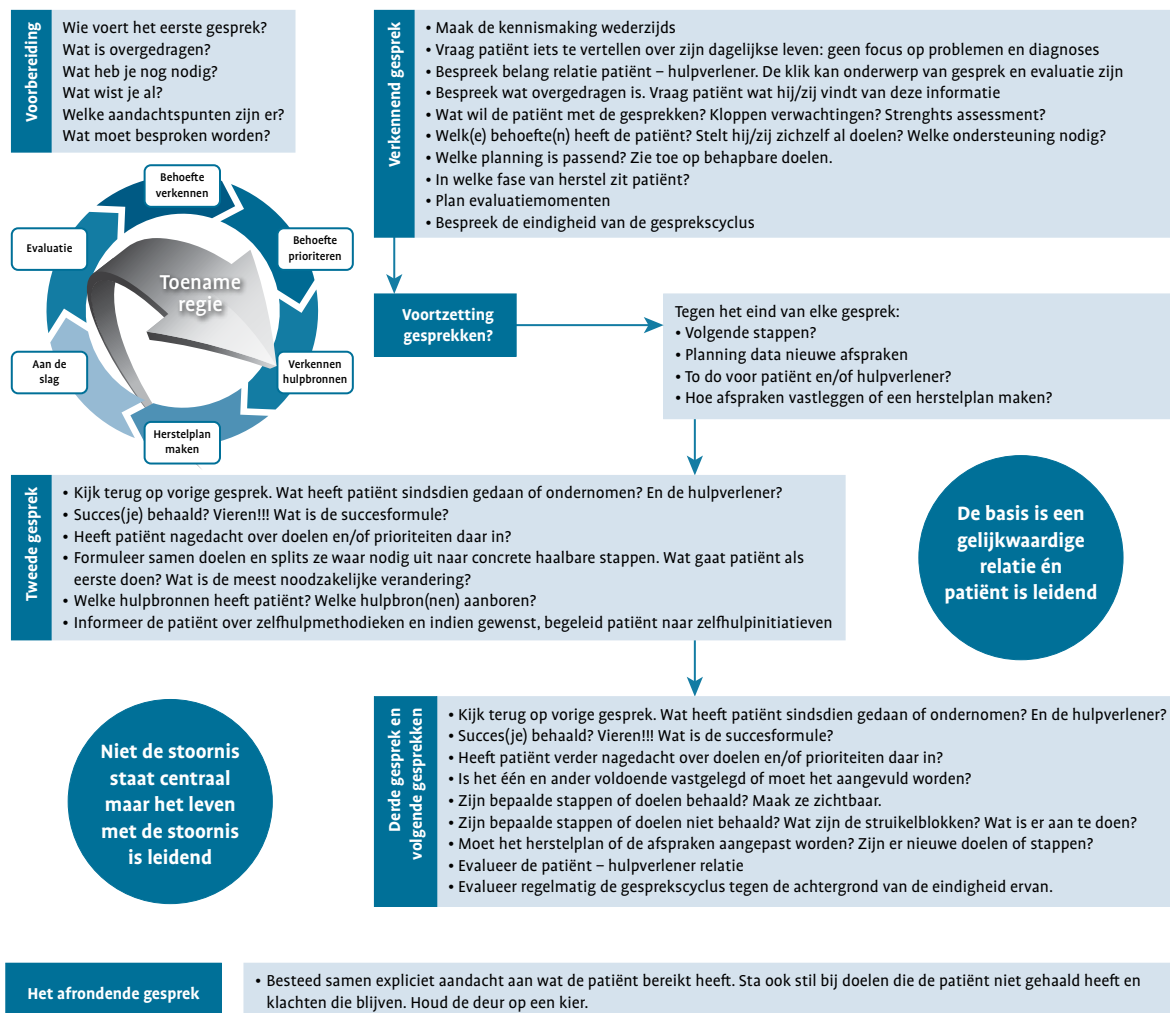
Wie is er betrokken bij uw situatie?

- Wie merken er iets van als er iets verandert in uw situatie?
- Op welke manier heeft u contact met anderen? Ook via social media?
- Zijn er mensen bij wie u zich betrokken voelt waar u geen contact meer mee heeft?
- Wilt u iets veranderen in de contacten die u heeft?

Wie wilt u betrekken bij uw situatie?

- Wilt u familie en vrienden vragen u te ondersteunen?
- Welke professionals of vrijwilligers zijn al betrokken?
- Op welke manier vraagt u anderen om hulp?
- Wilt u dat ik u ondersteun in het betrekken van anderen? Zo ja, hoe?

Bijlage 6 Handreiking gespreksvoering



Bijlage 7 Strategieën voor het omgaan met psychische klachten

Bron: Zelfmanagement bij angst en depressie, Trimbos-instituut, 2013

Wat doet u om zo goed mogelijk met uw klachten om te gaan?

Verschillende strategieën worden gebruikt in het omgaan met psychische klachten. In deze vragenlijst staan 45 strategieën die betrekking hebben op het omgaan met psychische klachten wanneer herstel (nog) niet is opgetreden. Alle strategieën zijn eerder door patiënten met angst en/of depressie als behulpzaam ervaren. Graag willen we van u weten in welke mate de strategieën u helpen. Wanneer u een strategie niet toepast kunt u het antwoord 'helemaal niet' kiezen. Het is belangrijk dat u uw eigen ervaring weergeeft. We krijgen dan meer zicht op wat u zelf doet en mogelijk nog nodig heeft.

Er zijn 5 antwoordmogelijkheden:

1 = Helemaal niet

2 = Een beetje

3 = Nogal

4 = Veel

5 = Heel veel

Kies telkens het antwoord dat het beste op u van toepassing is.

Wat ik doe om zo goed mogelijk met mijn psychische klachten om te gaan:

		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Veel	Heel veel
1.	Inzicht hebben in mijn gedachten en denkfouten.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Signalen herkennen die aangeven dat het minder goed gaat, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een signaleringsplan.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Een vorm van behandeling zoeken die bij me past.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Informatie zoeken over mijn angst en/of depressie.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Zorgen voor begeleiding van mijn medicijngebruik door een deskundige.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Langdurig professionele hulp behouden.	☐	☐	☐	☐	☐

		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Veel	Heel veel
7.	Er voor zorgen dat ik mijn medicijnen regelmatig inneem, bijvoorbeeld door ze steeds bij me te hebben en ze op een vaste plek of tijd in te nemen.	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Me regelmatig lichamelijk inspannen, bijvoorbeeld sporten, wandelen of huishouden doen.	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Zorgen voor dagbesteding, zoals vrijwilligers- of betaald werk.	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Zorgen voor een (creatieve) hobby.	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Regelmatig naar buiten gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Een planning hebben waardoor ik voorbereid ben op wat er gaat gebeuren.	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Mijn huis opruimen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Mijn gevoelens uiten door te schrijven, bijvoorbeeld in een dagboek of een weblog.	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Begrijpen wat er met me aan de hand is.	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Mijn angst en/of depressie accepteren.	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Praten met lotgenoten.	☐	☐	☐	☐	☐
18.	In mijn vertrouwde omgeving zijn, waar ik geaccepteerd word om wie ik ben.	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Steun zoeken, bijvoorbeeld door met vertrouwde mensen over mijn angst en/of depressie te praten.	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Belangrijke mensen in mijn omgeving uitleggen dat ik last van angst en/of depressie heb.	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Belangrijke mensen in mijn omgeving bij mijn behandeling betrekken.	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Anderen om hulp vragen.	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Zorg dragen voor mijn persoonlijke verzorging, bijvoorbeeld door dagelijks te douchen en me aan te kleden.	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Zorgen voor een goed dag- en nachtritme.	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Iets voor een ander kunnen betekenen, bijvoorbeeld door voor iemand te zorgen.	☐	☐	☐	☐	☐
26.	Doelen stellen.	☐	☐	☐	☐	☐

		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Veel	Heel veel
27.	Mijn aandacht trainen, bijvoorbeeld door meditatie, yoga, mindfulness of ademha-lingsoefeningen te doen.	☐	☐	☐	☐	☐
28.	Bewust zijn van mijn lichamelijke spanningen waardoor ik kan ontspannen.	☐	☐	☐	☐	☐
29.	Zorgen dat ik geen verplichtingen heb.	☐	☐	☐	☐	☐
30.	Een talent ontwikkelen of gebruiken.	☐	☐	☐	☐	☐
31.	Zorgen voor een goed evenwicht tussen activiteit en rust.	☐	☐	☐	☐	☐
32.	Gezond eten en drinken.	☐	☐	☐	☐	☐
33.	Mezelf af en toe belonen, bijvoorbeeld door iets leuks te kopen.	☐	☐	☐	☐	☐
34.	Hoop hebben dat er weer een betere periode komt.	☐	☐	☐	☐	☐
35.	Mezelf moed inspreken en doorzettingsvermogen hebben.	☐	☐	☐	☐	☐
36.	Steeds meer beslissingen zelf nemen, waardoor ik minder afhankelijk ben van anderen.	☐	☐	☐	☐	☐
37.	Mijn best doen om niet te vermijden, door de confrontatie aan te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
38.	Mezelf toespreken en relativeren.	☐	☐	☐	☐	☐
39.	Een behandelaar zoeken met wie het klikt.	☐	☐	☐	☐	☐
40.	Afleiding zoeken in activiteiten die me een goed gevoel geven.	☐	☐	☐	☐	☐
41.	Zorgen dat ik dingen die ik niet wil doen vermijd.	☐	☐	☐	☐	☐
42.	Zorgen voor een hulpverlener of een belangrijk persoon uit de omgeving op wie ik makkelijk terug kan vallen.	☐	☐	☐	☐	☐
43.	Me blijven concentreren op het hier en nu door niet te ver vooruit denken.	☐	☐	☐	☐	☐
44.	Zorgen dat ik zelf de vrijheid heb om keuzes te maken in wat ik wel en niet wil doen.	☐	☐	☐	☐	☐
45.	Zorgen voor controle door mijn grenzen aan te geven.	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 8 Werkblad Krachtenbenadering/ Strengths Assessment

Uit: Leergang herstel en rehabilitatie (mbo) Cursistenboek
www.rehabilitatie92.nl

Naam patiënt

Naam begeleider

Huidige Status: Wat is de huidige situatie Wat is beschikbaar en wat zijn mijn mogelijk- heden daarin?	Wensen, ambities: Wat wil ik?	Bronnen, sociaal persoon- lijk: Wat was de situatie hier- voor? Waar heb ik in het verleden gebruik van gemaakt?
Dagelijkse leefsituatie		
Financiën		
Werk/opleiding		
Sociale steun		
Gezondheid		
Vrije tijd/Recreatie		
Spiritualiteit/Cultuur		

Bijlage 9 Bruikbare methodes en benaderingen

Motiverende Gespreksvoering

Wat is het?

Motiverende Gespreksvoering is een methode om te bevorderen dat de patiënt tot verandering van zijn gewoontegedrag overgaat. De methode is gericht op het opbouwen van de intrinsieke motivatie van de persoon zodat de verandering van binnenuit kan groeien, en dus niet van buitenaf opgelegd hoeft te worden. Daarom wordt ook gesproken van 'motivation building' en niet zozeer van 'problem solving'.

Toelichting/werkwijze

Motiverende Gespreksvoering is gebaseerd op theorieën over processen van gedragsverandering. Gedragsverandering gaat niet zo maar. Mensen zijn gehecht aan hun gebruikelijke manier van doen. Mensen die hun gedrag veranderen doorlopen een proces, waarin ze nadenken over de noodzaak hun gedrag te veranderen, een keuze maken voor veranderen en deze verandering tenslotte daadwerkelijk toepassen. Prochaska en DiClemente ontwikkelden een model voor dit proces van gedragsverandering. De volgende stadia van verandering worden onderscheiden:

- Voorbeschouwing
- Overpeinzing
- Beslissing/voorbereiding
- Actie
- Consolidatie
- Terugval

Bij Motiverende Gespreksvoering zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- Empathie
- Niet-moralistische houding
- Actief luisteren
- Niet meteen oplossingen aandragen
- Discussie vermijden
- Inzicht krijgen in balans tussen kennis, gevoelens en gedrag

Om patiënten op de gewenste manier in beweging te krijgen kan van verschillende gesprekstechnieken gebruik worden gemaakt. Deze gesprekstechnieken zijn als volgt onder te verdelen:

- Nonverbale technieken: oogcontact, houding, gezichtsuitdrukking, toon.
- Basis gesprekstechnieken: reflecteren, concretiseren, samenvatten.
- Complexe gesprekstechnieken: positief heretiketteren, provoceren, Columbotechniek.

Bewijs effectiviteit

Er zijn in het buitenland veel studies naar de effectiviteit van Motiverende Gespreksvoering uitgevoerd, vooral op het terrein van middelengebruik en gezondheidsgedrag. De algemene conclusie van een reeks meta-analyses voor verschillende doelgroepen is dat Motiverende Gespreksvoering een significant beter resultaat geeft dan traditioneel algemeen advies. Dit effect geldt zowel bij fysiologische als bij psychologische problemen. De positieve effecten zijn onder meer gevonden voor de motivatie voor verandering en voor de therapietrouw. (Bron: beschrijving Motiverende Gespreksvoering in Databank Sociale Interventies).

Minder onderzoek heeft zich specifiek gericht op Motiverende Gespreksvoering voor de groep mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Er zijn aanwijzingen voor effectiviteit van Motiverende Gespreksvoering bij dubbele diagnose. Zo blijkt uit een meta-analyse dat Motiverende Gespreksvoering gecombineerd met CGT bij mensen met een depressieve stoornis en alcoholprobleem leidt tot betere resultaten dan de standaard behandeling (Riper e.a., 2014).

Bronnen

- Miller, WR en S. Rollnick (2005). Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering. Ekklesia
- Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC (1994). Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: Avon Books.

Scholing

Er is een wereldwijd netwerk van trainers in Motiverende Gespreksvoering, zie www.motivationalinterviewing.org. Een overzicht van trainers in Nederland is te vinden op www.mintned.net. Verder worden op tal van plekken basiscursussen Motiverende Gespreksvoering geboden, onder andere bij RINO Noord-Holland (www.rino.nl), Windesheim (www.windesheim.nl) en de Academie voor Motivatie en Gedragsverandering (www.academiemg.nl).

Oplossingsgerichte therapie/gespreksvoering

Wat is het?

Oplossingsgerichte therapie is een in de psychiatrische praktijk breed inzetbare vorm van kortdurende, autonomieversterkende psychotherapie, waarbij niet de aard of oorzaak van het probleem centraal staat, maar de door de patiënt gewenste toekomst.

Toelichting/werkwijze

Oplossingsgerichte therapie (OT) is ontwikkeld in de VS en maakt sinds ongeveer 25 jaar opgang in Nederland. In het eerste gesprek wordt de patiënt gevraagd om zijn doel te formuleren in positieve, concrete en haalbare termen. Bij OT gaat men ervan uit dat er altijd uitzonderingen op het probleem te vinden zijn. In vervolggesprekken worden deze uitzonderingen tot in detail uitgevraagd, waarbij complimenten worden gegeven en het eigen aandeel in de oplossingen wordt benadrukt. In OT schenkt de therapeut veel aandacht aan motivatie tot gedragsverandering. De houding van de therapeut is er één van 'niet-weten' en van 'leading from one step behind.'

Bewijs effectiviteit

Het onderzoek naar oplossingsgerichte therapie is nog beperkt. Toch valt er voorlopig een aantal – voorzichtige – conclusies te trekken:

- oplossingsgerichte therapie is bij veel problemen effectiever dan geen therapie
- oplossingsgerichte therapie lijkt minstens even effectief als andere psychosociale behandelingen
- in de meeste gevallen lijken minder sessies met oplossingsgerichte therapie nodig om hetzelfde resultaat als bij andere psychosociale behandelingen te bereiken.

(Bron: beschrijving Oplossingsgerichte therapie in Databank Effectieve Jeugdinterventies)

Bronnen

- Bannink, FP (2006). Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering. Amsterdam: Harcourt.
- Bakker, JM en FP Pannink (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. In: Tijdschrift voor psychiatrie 50 (2008) 1, p 55-59.

Scholing

Opleidingen voor oplossingsgerichte therapie worden onder andere geboden bij RINO Utrecht en Noord-Holland (www.rinogroep.nl; www.rino.nl) en GITP-PAO (www.gitp.nl).

Strengths Model

Wat is het?

Het Strengths Model is een benadering waarin de individuele krachten van patiënten centraal staan, 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 ervan uit 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.

Toelichting/werkwijze

Het Strengths Model is een benadering die is ontwikkeld in de Verenigde Staten en enige jaren geleden in Nederland is geïntroduceerd. Grondlegger van het Strengths Model is Charles Rapp.

Het Strengths Model ontleent zijn inspiratie vooral aan de empowermenttheorieën waarin de eigen krachten van patiënten en de mobilisatie van deze krachten centraal staan. Het Strengths Model is de laatste jaren steeds meer geïntegreerd in de gangbare rehabilitatiebenaderingen zoals IRB en SRH.

Het Strengths Model wordt in de Verenigde Staten vooral toegepast door ambulant werkende teams, maar inmiddels is ook enige ervaring opgedaan met toepassing in klinische situaties. In beide settings blijkt het Strengths Model een meerwaarde te hebben.

Een aantal algemene uitgangspunten van het Strengths Model zijn:

- de patiënt is leidend voor 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 patiënt
- de relatie tussen hulpverlener en patiënt vormt de onmisbare basis voor wederzijdse samenwerking
- actieve outreach (de patiënt ontmoeten in zijn eigen leefwereld) is de voornaamste manier van interventie
- 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, eindigend met het prioriteren van wensen en doelen
- Opstellen van een herstelgericht plan: een gemeenschappelijke agenda opstellen met activiteiten die gericht zijn op het realiseren van de persoonlijke doelen van de patiënt
- Uitvoering van het plan
- Evaluatie van het plan

Bewijs effectiviteit

De effectiviteit van het krachtenmodel is onderzocht in een aantal experimentele en quasi-experimentele studies in de Verenigde Staten en Zweden. Uit deze studies blijkt dat het krachtenmodel betere effecten heeft dan standaard zorg, onder andere als het gaat om sociaal functioneren, arbeidsfunctioneren en vermindering van psychiatrische symptomen. In een meta-analyse (Ibrahim e.a., 2014) werd op basis van evidentie van matige kwaliteit geen gunstig effect gevonden van het Strengths Model ten opzichte van standaard zorg wat betreft niveau van functioneren, kwaliteit van leven en symptomen. In Nederland is tot dusver een evaluatiestudie gedaan. Hieruit komen positieve ervaringen naar voren. De effectiviteit van het Strengths Model is dus nog ongewis. (Bron: beschrijving Strengths Model in databank Interventies Langdurige GGZ)

Bronnen

- Rapp, C. en Goscha, R.J. The Strengths Model: Case Management with people with psychiatric disabilities. Oxford University Press, april 2005.

Scholing

Scholing in het Strengths Model wordt geboden bij de RINO groep (www.rinogroep.nl)

Narratieve benadering

Wat is het?

De narratieve benadering gaat ervan uit dat de manier waarop mensen hun verhaal vertellen, bepaalt hoe ze in het leven staan. Door deze verhalen te analyseren en waar nodig bij te stellen, ontstaat ruimte voor nieuwe inzichten.

Toelichting/werkwijze

Narratief werken valt onder de psychologie van de levenskunst. Levenskunst kan gezien worden als het samenspel tussen geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte binnen één persoon. Het gaat dan om het behoud van zingeving en welbevinden ondanks het leed dat onvermijdelijk bij het leven hoort. Levenskunst heeft te maken met het zo goed mogelijk leren omgaan met dat lijden.

In de narratieve psychologie staat de aanname centraal dat we in een door verhalen gevormde wereld leven. Mensen creëren betekenis door ervaringen te structureren in temporeel betekenisvolle en samenhangende gebeurtenissen: verhalen met een plot. Deze aanname impliceert dat onze zelf-identiteit een geconstrueerd narratief is. De ontwikkeling van zelf-identiteit vraagt om reflexiviteit.

De kern van de methode van narratief werken is dat het 'probleem' dat de persoon op dit moment in zijn leven ervaart wordt geplaatst binnen het perspectief van zijn levensloop. Dit kan helpen om anders naar problemen te kijken en anders te benoemen. Het kan er toe leiden dat mensen nieuwe oplossingen ontdekken en bepaalde gebeurtenissen verwerken en kunnen loslaten.

Voorop staat het respect voor het verhaal: het gaat namelijk om de belevenis van de eigen werkelijkheid. Waar het verhaal stukt, in kringetjes ronddraait, de verteller het spoor bijster is of blinde vlekken heeft, reikt de begeleider mogelijkheden aan om te continueren, aan te vullen of te herdefiniëren.

Bewijs effectiviteit

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de effecten van narratief werken. In een RCT bij mensen met een gematigde depressie blijkt narratieve therapie te leiden tot een afname van de symptomen (Lopes e.a., 2014). Ook blijkt uit een RCT van Westerhof e.a. (2010) dat een narratieve interventie een positief effect heeft als het gaat om het verminderen van depressieve klachten bij ouderen.

Bronnen

- www.ervaringsverhalen.nl/over-narratief-werken/
- Bohlmeijer, E., & Westerhof, G. J. (2010). Op verhaal komen: Herinneringen als bron van wijsheid. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E., Mies, L., & Westerhof, G. J. (Eds.). (2007). De betekenis van levensverhalen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Scholing

Cursussen Narratieve (systeem)therapie worden o.a. geboden bij:

- RINO Groep (www.rinogroep.nl)
- RINO Noord-Holland (www.rino.nl)
- Horizon Academie (horizon.eu)
- Civaz opleidingen (www.civas.nl)
- Academie Integrale Menswetenschappen (www.spsso.nl)

Presentiebenadering

Wat is het?

De presentiebenadering verwoordt de basishouding van de rehabilitatie- en herstelbenadering: het naast de ander staan, zonder op voorhand in actie te schieten. In de presentiebenadering staat de relatie voorop en vormt de rol van de hulpverlener zich al naar gelang de behoeften van de patiënt.

Toelichting/werkwijze

In 2001 verscheen de studie Een theorie van de presentie van Andries Baart. Het boek en de daarmee aangeboden inzichten blijken buitengewoon goed aan te slaan en worden inmiddels in toenemende mate op sterk uiteenlopende velden gebruikt.

Een zeer korte omschrijving van presentiebenadering is de volgende:

"Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander richt, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting dáárop gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw."

Hoewel deze manier van doen op het eerste gezicht misschien niet opzienbarend lijkt, is ze dat wel. Een korte toelichting kan dat verduidelijken. Bijzonder is bijvoorbeeld de volgorde waarin het beschreven (hulpverlenende, zorggevend) handelen zich ontplooit: eerst wordt de betrekking op een specifieke, intense wijze aangegaan (aandachtig, toegewijd), dan pas (of: daardoor) kan blijken wie de hulpverlener voor de ander kan zijn en om welk verlangen of om welke nood het zal gaan en wat zorg behoeft. De relatie staat dus voorop, het probleemoplossende handelen is opgeschort en de identiteit van de hulp- of zorgverlener ('wie kan ik voor jou zijn?') staat niet vast maar vormt zich in een gedeeld leerproces. Dat wijkt af van wat we meestal zien: doorgaans staat tevoren reeds vast wie en wat de hulpverlener voor de ander moet zijn en waarom het zal draaien in de betrekking.

Methodische kenmerken van de presentiebeoefening zijn:

1. Beweging, plaats en tijd: De beroepskracht volgt de ander (i.p.v. het omgekeerde)
2. Ruimte en begrenzing: Uit één stuk werken/integralisme (i.p.v. fragmentatie en specialisering)
3. Aansluiting: Bij het geleefde leven zijn (i.p.v. bij de bureaucratische schematisering ervan)
4. Zich afstemmen: Het goed van de ander centraal zetten (i.p.v. de eigen –goede– bedoeling)
5. Betekenis: De ander is minstens bij één in tel (erkenning en relatie wegen het zwaarst).

Bewijs effectiviteit

Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van de presentiebenadering. Wel is de presentietheorie ontstaan vanuit een langdurig en nauwgezet onderzoek naar de werkwijze van buurtpastores in verschillende steden in Nederland.

Bronnen

- Baart A (2001). Een theorie van de presentie. Utrecht.
- Kal D (2001). De waarde van nabijheid. Passage no 3.
- www.presentie.nl

Scholing

Via Stichting Presentie is scholing te volgen in de presentiebenadering (www.presentie.nl). Ook via RINO Utrecht en Noord-Holland (www.rinogroep.nl; www.rino.nl) worden inleidingen in de presentiebenadering geboden.

Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)

Wat is het?

De 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.

De IRB is specifiek gericht op het rolherstel van de patiënt, door het vergroten van de activiteiten en de participatie van patiënten.

Toelichting en werkwijze

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.

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

- Persoonlijke benadering
- Functioneren
- Betrokkenheid en keuze patiënt
- Individuele benadering
- Omgevingsspecificiteit
- Steun
- Ontwikkelingsmogelijkheid
- Autonomie
- Succes en tevredenheid

Om patiënten 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

Bewijs effectiviteit

Onderzoek geeft aan dat patiënten over het algemeen positief zijn over begeleiding met de IRB. Zij waarderen de aandacht voor hun eigen wensen en de bewustwording die het formuleren van en werken aan doelen en hindernissen met zich meebrengt. Er zijn vier Randomized Control Trials (RCT's) uitgevoerd waarvan er drie effect aantonen. In de vierde RCT gingen zowel de experimentele als de controlegroep vooruit. In het voor Nederland meest interessante onderzoek (Swildens et al., 2007; 2011) blijkt dat met behulp van de IRB zelfgestelde doelen vaker worden behaald dan in de controleconditie. Ook nam de maatschappelijke participatie toe. Dit bevestigde de resultaten van eerder onderzoek. Het aantal (deels) behaalde zelfgestelde doelen varieert in de verschillende onderzoeken van 57% tot 80%. Het behalen van zelfgestelde doelen gaat samen met een betere kwaliteit van leven.
(Bron: beschrijving IRB in databank Interventies Langdurige GGZ)

Bronnen

- Korevaar, L. en Dröes, J. (red) (2008). Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- www.rehabilitatie92.nl

Scholing

Scholing in de IRB kan gevolgd worden via Stichting Rehabilitatie '92 (www.rehabilitatie92.nl).

Individuele Plaatsing en Steun (IPS)

Wat is het?

IPS is een vorm van begeleid werken voor mensen met ernstige en aanhoudende psychische aandoeningen.

Toelichting/werkwijze

Kenmerkend aan IPS is de directe, individuele zoektocht naar betaald werk, zonder een lange voorbereiding met uitgebreide assessments en trainingen. Patiënten worden snel en gericht geholpen bij het zoeken naar een betaalde baan die past bij hun voorkeuren, kwaliteiten, interesses en werkervaring. Het betreft een place-then-train-benadering in plaats van een traditionele train-then-place-benadering. De benodigde vaardigheden worden getraind in de werksituatie. De patiënt en zijn omgeving (familie, werkgever, collega's) kunnen rekenen op steun van de trajectbegeleider, mits rechtstreeks relevant voor het doel om werk te vinden en te behouden. De IPS-medewerker maakt deel uit van het multidisciplinaire GGZ-team.

Bewijs effectiviteit

Het IPS-model is in de VS grondig getest op effectiviteit. Met de IPS-methode komen in anderhalf à twee jaar enkele tientallen procenten meer mensen aan regulier betaald werk dan met gebruikelijke vormen van arbeidsre-integratie, zo blijkt uit een ruime serie randomised controlled trials. IPS behoort daarmee in internationaal opzicht tot de nog korte reeks van evidence-based interventies voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Ook in Nederland is de effectiviteit van IPS onderzocht. Hieruit blijkt dat IPS na 30 maanden tot een hoger percentage mensen met betaald werk leidt (44% in vergelijking tot 25% bij de gebruikelijke arbeidsbegeleiding).

(Bron: beschrijving IPS in databank Interventies Langdurige GGZ)

Bronnen

- Becker, D.R. & Drake, R.E (2001). A Working Life For People With Severe Mental Illness. Oxford, USA: Oxford University Press.
- Becker, D.R., Bond, G.R., Mueser, T.R, Torrey, W.C. (2002). Workbook Supported Employment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHSA).

Scholing

Via Kenniscentrum Phrenos kunnen mensen worden opgeleid tot gecertificeerd IPS Jobcoach (www.kenniscentrumphrenos.nl).

Illness Management and Recovery (IMR)

Wat is het?

IMR is een programma gericht op volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen, bij wie sprake is van ernstige beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren. De training kan zowel groepsgewijs als individueel worden uitgevoerd. Het doel van IMR is cliënten te ondersteunen in het ontdekken van eigen kracht en mogelijkheden om hun ziekte te managen, persoonlijke doelen te bereiken en geïnformeerde keuzes te maken door het opdoen van kennis en vaardigheden.

Toelichting/werkwijze

Het programma wordt uitgevoerd aan de hand van elf werkboeken met de thema's: werken aan hersteldoelen; kennis over psychiatrische ziekten; stress kwetsbaarheidsmodel; sociale steun; bewust omgaan met medicatie; omgaan met verslaving; voorkomen van terugval; omgaan met stress; omgaan met problemen en symptomen; zorg managen en gezond leven. In het eerste werkboek formuleert de cliënt een persoonlijk hersteldoel. In de volgende werkboeken wordt inzicht verworven in de ziekte en leert men psychiatrische klachten hanteren. De cliënt werkt zo naar zijn persoonlijke hersteldoel.

Bewijs effectiviteit

De IMR-training is gebaseerd op evidence-based methodieken en is als zelfstandig programma effectief gebleken. De resultaten van vier Randomized Controlled Trials (RCT) en zes quasi-experimentele effectstudies laten zien dat IMR een bijdrage levert aan het managen van de ziekte en persoonlijk herstel. Dankzij IMR daalt het aantal ziekenhuisopnames en verbetert het medicijngebruik. In Nederland zijn nog geen effectstudies uitgevoerd. Twee studies zijn in voorbereiding. De IMR-schalen zijn in het Nederlands vertaald en positief getest op psychometrische eigenschappen. (Bron: beschrijving IMR in databank Interventies Langdurige GGZ)

Bronnen

- Gingerich, S., & Mueser, K. T. (2011). Illness Management & Recovery, Personalized Skills and Strategies for Those with Mental Illness, Implementation Guide (3rd ed.). Dartmouth: Hazelden.
- Goossens, P., de Vries, S., & Brugman, M. (2013). Illness Management and Recovery. In J. van Busschbach, S. van Rooijen, & J. van Weeghel (Eds.), Psychiatrie Rehabilitatie, Jaarboek 2013-2014 (pp. 75–86). Amsterdam: SWP Publishers.

Scholing

Scholing in IMR wordt aangeboden door Saxion Hogeschool (www.saxion.nl).

