



Handreiking herstelondersteunende zorg en sociale participatie

Inleiding

In 2007 zijn, in het kader van het landelijke project Zorg voor Beter, de verbetertrajecten Herstelgerichte zorg voor langverblijvers in de GGZ en Sociale participatie van start gegaan. Aan deze verbetertrajecten deden in totaal zo'n 50 teams uit de GGZ mee. Gedurende een jaar hebben deze teams op systematische wijze gewerkt aan verbetering van de zorg voor mensen met ernstige en langdurende psychiatrische problematiek.

Het doorvoeren van verbeteringen in de zorg bleek niet altijd eenvoudig. Voor een deel had dat te maken met de thema's die centraal stonden in de verbetertrajecten. Herstelgerichte zorg verlenen doe je niet zomaar. Er is een attitudeverandering voor nodig. Vaak zal er afgerekend moeten worden met oude gewoontes en ingeslopen routines. En dat kost tijd.

Voor een ander deel was het voor de verbetersteams vaak zoeken naar de juiste hulpmiddelen, de juiste methodieken, de juiste 'tools' om in de dagelijkse praktijk vorm en inhoud te geven aan herstelgerichte zorg en aan sociale participatie. Want hoe doe je dat nu concreet, de wensen van cliënten in kaart brengen? Of familieleden betrekken bij de zorg?

Inmiddels is er weer een nieuwe ronde van het verbetertraject van start gegaan: het verbetertraject herstel en sociale participatie. Om de teams die deelnemen aan dit verbetertraject te ondersteunen in hun zoektocht naar hulpmiddelen en interventies, hebben we een tweetal handreikingen ontwikkeld: de handreiking herstelondersteunende zorg en de handreiking sociale participatie. Vanwege de inhoudelijke verwantschap tussen beide thema's bieden we de handreikingen in combinatie aan. Beide handreikingen omvatten verschillende interventies en instrumenten, die naar type of vorm zijn gerubriceerd. In beide handreikingen is ook een rubriek 'voorbeelden vanuit de verbetertrajecten' ondergebracht. Hierin is een aantal interventies en instrumenten opgenomen zoals die in eerdere rondes door de verbetersteams ontwikkeld zijn.

Beide handreikingen zijn ontwikkeldocumenten. Ze verschaffen geen totaaloverzicht en vragen om verdere aanvulling en uitwerking in de nabije toekomst. Ook zullen de meeste 'tools' nog verder beproefd moeten worden en onderzocht op effectiviteit. Toch hopen we dat de handreikingen de teams die aan de slag zijn of willen met herstelondersteunende zorg en sociale participatie, op ideeën brengt en een aantal handvatten biedt. Want daarvoor zijn de handreikingen bedoeld. Voor opmerkingen en aanvullingen op de handreikingen houden wij ons van harte aanbevolen.

Namens het kernteam herstel en sociale participatie:

Laura Neijmeijer: lneijmeijer@trimbos.nl, tel 030-2971100

Annemieke Hendriksen: ahendriksen@trimbos.nl, tel 030-2971100

I. Handreiking herstelondersteunende zorg

I Faciliteren zelfhulp

Herstelwerkgroepen
Studiedag herstel
Begin maken met herstel
Herstellen doe je zelf
Zicht op herstel
Workshops rondom thema's van herstel

II Inzet ervaringsdeskundigheid

III Training hulpverleners in herstelbenadering

Herstel en herstelondersteunende zorg
Verdiepingscursus Herstelbenadering voor professionals
Samen deskundig
Training Cliënten Participatie
Samenwerken

IV Inventariseren wensen cliënt

Shared decision making
Zorgbehoefteinstrumenten

V Herstelondersteunende begeleiding en bejegening

Presentiebenadering
Strengths Model
Motiverende gespreksvoering
Oplossingsgerichte therapie

VI Rehabilitatiemethodieken

IRB
SRH
Liberman methodiek
Milieurehabilitatie

VII Meetinstrumenten

ROPI
Nederlandse Empowermentlijst (NEL)
HOOP

VIII Voorbeelden uit de verbetertrajecten

Herstelgerichte teamcoaching
Herstelkwartet
Herstelkaartjes

IX Publicaties en films

I FACILITEREN ZELFHULP

Herstelwerkgroepen

Doel

Doel van de herstelwerkgroep is tweeledig: ondersteuning van het herstel van de deelnemers en ontwikkeling van ervaringskennis, die vervolgens wordt verspreid. De ontwikkeling en verspreiding van ervaringskennis komt andere cliënten ten goede en kan bijdragen aan verbetering van het zorgaanbod.

Toelichting / werkwijze

De herstelwerkgroep bestaat uit maximaal acht deelnemers en komt eens per twee weken gedurende twee uur bij elkaar. De bijeenkomsten kennen een vaste structuur en worden begeleid door twee ervaringsdeskundigen van het HEE-team. In de bijeenkomsten wordt de deelnemers de gelegenheid geboden om te vertellen over hun dagelijks leven en hun persoonlijke belevenissen. Door uitwisseling van ervaringen leren de deelnemers deze te zien als bron van kennis, en ontwikkelen zij manieren om met lijden om te gaan.

Om een herstelproces op gang te brengen worden tijdens de herstelwerkgroepen verschillende middelen ingezet. De deelnemers worden onder andere uitgenodigd tot het schrijven van verslagen, het maken van een individueel ervaringsverhaal en het presenteren van het eigen herstelverhaal.

Deelname aan een herstelwerkgroep is niet gelimiteerd in tijd. Ook zijn er geen toelatingseisen.

Bronnen

- www.trimbos.nl
- www.kenniscentrumrehabilitatie.nl
- Contactpersonen HEE-team: Wilma Boevink (wboevink@trimbos.nl) en Marianne van Bakel (mbakel@trimbos.nl), tel 030-2959289.
- Boevink, W. HEE. Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. Praktijkvoorbeeld. Utrecht, december 2008.

Studiedag herstel

Doel

De studiedag herstel is bedoeld voor cliënten van de langerdurende zorg én hun hulpverleners. Het doel is de deelnemers bekend te maken met de betekenis van herstel en hen te leren deze betekenis toe te passen in hun eigen leven.

Toelichting / werkwijze

De studiedag wordt gegeven door ervaringsdeskundigen van het HEE-team. Cliënten en hulpverleners nemen in koppels deel aan de studiedag. Doordat de deelnemers elkaar niet in een 'normale' hulpverleningsrelatie ontmoeten en zowel de cliënt als de hulpverlener cursist zijn, kunnen zij op een nieuwe manier met elkaar in gesprek raken, waarbij respect, openheid en gelijkwaardigheid sleutelwoorden zijn. Informatieoverdracht over herstel is een belangrijk onderdeel van de studiedag. Ervaringsverhalen hebben hierin een belangrijke functie. Op basis van ervaringsverhalen raken cliënten met medecliënten in gesprek over hun persoonlijke ervaringen, waarbij hulpverleners in de positie van toehoorder worden gebracht. Een tweede thema dat centraal staat in de studiedag is de relatie tussen hulpverlener en cliënt en de uitwerking van het herstelconcept in die relatie. Doel is om een menselijk tweerichtingsverkeer op gang te brengen.

Bronnen

- www.trimbos.nl
- www.kenniscentrumrehabilitatie.nl
- Contactpersonen HEE-team: Wilma Boevink (wboevink@trimbos.nl) en Marianne van Bakel (mbakel@trimbos.nl), tel 030-2959289.
- Boevink, W. HEE. Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. Praktijkvoorbeeld. Utrecht, december 2008.

Cursus Begin maken met herstel

Doel

De cursus Begin maken met herstel is een laagdrempelige kennismakingscursus over de betekenis van het begrip herstel. Door in gesprek te gaan over het begrip herstel, wordt een aanzet gegeven tot bewustwording van het eigen herstelproces.

Toelichting / werkwijze

De cursus is bedoeld voor vijf tot zeven deelnemers en bestaat uit vijf bijeenkomsten van elk twee uur, verdeeld over maximaal tien weken. De cursus wordt begeleid door een ervaringsdeskundige van het HEE-team. Elke bijeenkomst kent een vaste structuur. De vijf bijeenkomsten kennen de volgende thema's: kennismaking, steun bij herstel, valkuilen, de rol van begeleiders bij herstel, evaluatie. Aan de cursus is geen huiswerk of leeswerk verbonden. Deze thema's komen overeen met de thema's van de eerste serie bijeenkomsten van een herstelwerkgroep.

Bronnen

- www.trimbos.nl
- www.kenniscentrumrehabilitatie.nl
- Contactpersonen HEE-team: Wilma Boevink (wboevink@trimbos.nl) en Marianne van Bakel (mbakel@trimbos.nl), tel 030-2959289.
- Boevink, W. HEE. Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. Praktijkvoorbeeld. Utrecht, december 2008.

Cursus Herstellen doe je zelf

Doel

De cursus Herstellen doe je zelf heeft als doel om bekend te raken met het begrip herstel, herstelervaringen te delen met anderen en eigen krachten en mogelijkheden te hervinden.

Toelichting / werkwijze

Herstellen doe je zelf is in 1996 ontwikkeld door het Regionaal Service Centrum GGZ en wordt inmiddels in het gehele land aangeboden. De cursus wordt gegeven door twee ervaringsdeskundige cursusleiders en biedt plaats voor 8 tot 10 deelnemers. De cursus bestaat uit 12 bijeenkomsten van 1,5 uur, waarin aandacht wordt gegeven aan onderwerpen als: de betekenis van rehabilitatie en herstel, toekomstwensen, keuzes maken, verwerven van steun en medezeggenschap. Centraal staan de levensgebieden wonen, werken, sociale contacten en leren. Op elk van deze gebieden probeert de deelnemer vast te stellen hoe tevreden hij is, wat zijn wensen zijn en hoe hij deze kan verwezenlijken.

Bronnen

- www.rsc-ggz.nl/cursusaanbod

Cursus Zicht op herstel

Doel

De cursus Zicht op Herstel gaat aan de hand van de levenslijn van de deelnemers en de verschillende fase(s) van herstel na, hoe men in het proces zit met als doel bewustwording van dit proces. Aan de hand van belangrijke thema's voor herstel (steun, hoop en dromen, acceptatie, vertrouwen, geloof in jezelf, inzicht, zingeving, controle) wordt bekeken wat iemand geholpen heeft op weg naar herstel.

Toelichting / werkwijze

De cursus wordt verzorgd door RCO de Hoofdzaak. RCO de Hoofdzaak is een cliëntgestuurde stichting en behartigt de belangen van cliënten in de regio's Midden Kennemerland, Noord Kennemerland, Kop van Noord Holland, Westfriesland en Zaanstreek Waterland.

De cursus is bedoeld voor cliënten en ex-clieënten en wordt gegeven in groepen van ca. acht mensen. De cursus neemt 7 dagdelen in beslag.

Bronnen

- www.rcodehoofdzaak.org

Workshops rondom thema's van herstel

Doel

Deelnemers kennis laten maken met diverse thema's van herstel, zoals empowerment, bronnen van steun, stigmatisering.

Toelichting / werkwijze

Naast cursussen, studiedagen en herstelwerkgroepen verzorgt het HEE-team workshops rondom verschillende thema's van herstel. Deelnemers kunnen cliënten zijn, maar ook hulpverleners, familieleden of andere betrokkenen. De workshops nemen meestal 2 tot 4 uur in beslag, en worden gegeven door ervaringsdeskundigen. Na een inleiding over het thema en een ervaringsverhaal worden de deelnemers uitgenodigd om hun eigen ervaring en mening in te brengen.

Voorbeelden van thema's zijn empowerment, bronnen van steun, herstelverhalen maken, stigmatisering, op vakantie gaan. Op verzoek verzorgt het HEE-team ook workshops rondom andere thema's.

Bronnen

- www.trimbos.nl
- www.kenniscentrumrehabilitatie.nl
- Contactpersonen HEE-team: Wilma Boevink (wboevink@trimbos.nl) en Marianne van Bakel (mbakel@trimbos.nl), tel 030-2959289.
- Boevink, W. HEE. Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. Praktijkvoorbeeld. Utrecht, december 2008.

II INZET ERVARINGSDESKUNDIGHEID

Inzet ervaringsdeskundigheid

Doel

In de afgelopen jaren is het inzicht gegroeid dat herstelondersteunende zorg niet mogelijk is zonder een beroep te doen op de ervaringskennis van mensen met psychische aandoeningen zelf. Inzet van ervaringsdeskundigheid kan er enerzijds toe bijdragen dat hulpverleners beter leren begrijpen hoe cliënten de zorg beleven en aan welke vorm van ondersteuning zij behoefte hebben. Anderzijds hebben ervaringsdeskundigen een belangrijke rol bij het ondersteunen van herstelprocessen van cliënten.

Toelichting / werkwijze

De inzet van ervaringsdeskundigheid in en rondom de GGZ neemt verschillende vormen aan. Vaak worden ervaringsdeskundigen 'ingehuurd' vanuit een onafhankelijke (cliëntgestuurde) organisatie, zoals cliëntenbelangenbureaus, regionale cliëntenorganisaties, patiëntenverenigingen of het HEE-team. Zij verrichten dan een in tijd en inhoud beperkte taak, zoals het geven van voorlichting of trainingen aan cliënten (zie I) of hulpverleners (zie III). Ook worden ervaringsdeskundigen geconsulteerd om te adviseren bij de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen of richtlijnen. Zo worden ervaringsdeskundigen nadrukkelijk geconsulteerd bij projecten die gericht zijn op het terugdringen van het gebruik van dwang en drang.

Ook worden ervaringsdeskundigen in toenemende mate door GGZ-instellingen als medewerkers in dienst genomen. Afhankelijk van hun functieomschrijving vervullen ervaringsdeskundige medewerkers verschillende rollen. De belangrijkste zijn:

- voorlichter
- coach
- trainer
- beleidsadviseur
- lid van een hulpverleningsteam.

Wanneer een ervaringsdeskundige wordt geïntegreerd in een hulpverleningsteam, kan dit zijn in een reguliere rol (bijvoorbeeld als woonbegeleider met ervaringsdeskundigheid), of in de rol van 'ervaringswerker'. Ervaringswerkers hebben een geheel eigen functie binnen een team, waarin zij louter hun ervaringsdeskundigheid toepassen. We zien ervaringswerkers tot dusverre vooral in ACT en FACT-teams aan het werk.

Het spreekt voor zich dat niet iedereen met persoonlijke ervaring met een psychische aandoening automatisch een ervaringsdeskundige is. Ervaringsdeskundigheid vereist beheersing van collectieve ervaringskennis (opgebouwd uit de vele verschillende verhalen van psychiatrische cliënten) en het vermogen deze kennis effectief over te dragen en in te zetten. Hier is training voor nodig. Deze training dient te zijn toegespitst op de verschillende rollen van ervaringsdeskundigen. Niet verwacht kan worden dat iedere ervaringsdeskundige al deze rollen beheerst. Zo is niet iedere ervaringsdeskundige een deskundige op het gebied van herstelondersteuning.

Cliëntenorganisaties leiden vaak hun eigen mensen op voor specifieke taken en diensten. Daarnaast zijn inmiddels enkele algemene opleidingen voor ervaringsdeskundigen tot stand gekomen:

- Begeleider GGZ met Ervaringsdeskundigheid (BGE)
- TOED (Hanzehogeschool Groningen)
- GOED (Fontys Hogeschool Eindhoven, Hogeschool van Amsterdam)
- Werken met eigen ervaring
- Opleiding Ervaringsagoog Hogeschool van Amsterdam

Bronnen

- Plooy, A. Ervaringsdeskundigen in de hulpverlening: bruggenbouwers of bondgenoten? Tijdschrift voor Rehabilitatie, juni/juli 2007.
- Bakel, M van e.a. Ervaringsdeskundig op weg. In: W Boevink, A Plooy en S van Rooijen. Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen. SWP 2007.
- Nadere informatie over de verschillende opleidingsmogelijkheden tot ervaringsdeskundige is beschikbaar op www.kenniscentrumrehabilitatie.nl.

III TRAINING HULPVERLENERS IN HERSTELBENADERING

Herstel en herstelondersteunende zorg

Doel

De basiscursus Herstel en herstelondersteunende zorg heeft als doel om professionals te informeren over herstel en herstelondersteunende zorg, zodat zij gedachten kunnen vormen over wat het werken ermee betekent voor de dagelijkse praktijk.

Toelichting / werkwijze

De cursus wordt gegeven door ervaringsdeskundigen van het HEE-team en rehabilitatiedocenten en bestaat uit twee dagen. Op dag 1 komen de HEE-begrippen aan de orde met als doel:

1. Kennis verwerven over de begrippen herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid
2. Inzicht krijgen in de betekenis van deze begrippen in het eigen leven van de professionals en zich een voorstelling kunnen maken van hoe deze begrippen in het leven van cliënten vorm kunnen krijgen.

Op dag 2 wordt aan de persoonlijke betekenis van herstel de betekenis van herstelondersteunende zorg toegevoegd met als doel:

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

De cursus kan aan maximaal 14 personen gegeven worden in zowel teamverband als in een gemengde cursistengroep.

Bronnen

- www.trimbos.nl
- Contactpersonen HEE-team: Wilma Boevink (wboevink@trimbos.nl) en Marianne van Bakel (mbakel@trimbos.nl), tel 030-2959289.
- Boevink, W. HEE. Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. Praktijkvoorbeeld. Utrecht, december 2008.

Verdiepingscursus Herstelbenadering voor professionals

Doel

De cursus biedt professionals handvaten voor herstelondersteuning en een collegiaal platform om herstelondersteuning in de eigen praktijk vorm te geven en samen verder te ontwikkelen. Het herstelconcept ontwikkeld door cliënten van de GGZ c.q. ervaringsdeskundigen ligt aan de cursus ten grondslag.

Toelichting / werkwijze

De cursus is ontwikkeld in samenwerking tussen het Trimbos-instituut, Hogeschool van Utrecht, Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht en Stichting Rehabilitatie '92. De cursus wordt in twee varianten aangeboden: als een cursus van 4 dagdelen of als een tweedaagse cursus.

De inhoud van de cursus bestaat uit een aanbod aan theorieën: herstel-, presentie- en motivatietheorieën, met daarnaast een ruim aandeel voor casuïstiekbespreking, gericht op inzicht in en het succesvol handelen van de professionals. Daardoor zijn zij beter in staat aan te sluiten bij de doelen, het tempo en het leven van de cliënt: samen op weg.

Er wordt gewerkt met teams van maximaal 15 personen, waarbij ook de teammanager aanwezig is. Dit heeft als voordeel dat het verworven inzicht en de andere werkwijze direct geïmplementeerd en bekrachtigd kunnen worden in de teamstructuur. Tijdens de laatste cursusdag worden de geleerde inzichten en vaardigheden verwerkt in een eigen teamdocument, dat de basis vormt van regelmatige evaluatie van het team.

Bronnen

- www.trimbos.nl
- Contactpersonen HEE-team: Wilma Boevink (wboevink@trimbos.nl) en Marianne van Bakel (mbakel@trimbos.nl), tel 030-2959289.
- Boevink, W. HEE. Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. Praktijkvoorbeeld. Utrecht, december 2008.

Samen deskundig

Doel

De training Samen deskundig is erop gericht dat hulpverleners kennis nemen van de leefwereld van cliënten zoals die door henzelf wordt benoemd. Op grond daarvan wordt een gesprek aangegaan over rollen en verantwoordelijkheden en wordt gekeken naar de betekenis van de cliëntenkennis voor het hulpverleningsproces.

Toelichting / werkwijze

De training Samen deskundig is ontwikkeld door het project 'Cliënten trainen hulpverleners' van het Basisberaad Rijnmond. De training wordt gegeven door twee of drie ervaringsdeskundigen uit de ggz, verslavingszorg en maatschappelijke opvang aan groepen van 12 hulpverleners. Inmiddels wordt de training op verschillende plekken in het land gegeven.

De training bestaat uit drie dagdelen. Tijdens de training komen de volgende thema's aan bod: afhankelijkheid en onafhankelijkheid; veiligheid en onveiligheid; macht en bejegening; beeldvorming. Hulpverleners worden uitgenodigd om eigen ervaringen en praktijksituaties in te brengen en er wordt getraind in het gebruik van het perspectief van cliënten in de praktijk. Naast standaardtrainingen zijn er ook trainingen op maat mogelijk. Bij deze trainingen is het mogelijk om specifieke thema's aan bod te laten komen.

Samen Deskundig (of: Cliënten in dialoog met hulpverleners) wordt ook aangeboden door het Steun- en Informatiepunt GGZ Utrecht, in samenwerking met Altrecht en het Platform GGZ Utrecht.

Bronnen

www.basisberaad.nl
www.ggzutrecht.nl

Training Cliënten Participatie

Doel

Doel van de training is om de ervaringskennis van cliënten een centrale plaats te geven in de hulpverlening, naast de professionaliteit van medewerkers. Medewerkers worden gestimuleerd om een visie te ontwikkelen t.a.v. bejegening, en deze te vertalen naar vaardigheden en voornemens in hun werk.

Toelichting / werkwijze

De Training Cliënten Participatie is ontwikkeld door de Coöperatie Conquest in samenwerking met de Cliëntenorganisaties GGzE, de Fontys Hogescholen en de Combinatie. In de training staat het cliëntenperspectief centraal. Door verschillende oefeningen worden hulpverleners zich ervan bewust hoe de bejegening ervaren wordt door cliënten, en hoe de bejegening anders en beter kan.

De trainingen worden verzorgd door trainers en co-trainers en nemen vijf tot acht bijeenkomsten in beslag. Tevens bestaat de mogelijkheid voor een training op maat.

Bronnen

www.cooperatieconquest.nl

Samenwerken

Doel

De training richt zich op koppels van cliënten en hulpverleners en heeft als doel dat zij met elkaar in gesprek raken over samenwerken. Deelnemers krijgen meer zicht op welke vaardigheden zij bezitten om goed samen te werken en welke zij nog willen ontwikkelen.

Toelichting / werkwijze

De training wordt verzorgd door een docent IRB vanuit Rehabilitatie '92 en een HEE-docent van het Trimbos-instituut. De training duurt twee dagen van 5 uur. Aan de training kunnen maximaal 8 koppels van hulpverleners en cliënten deelnemen. Gedurende de training wordt afwisselend gewerkt in gemengde groepen van cliënten en hulpverleners en in aparte groepen. Er worden diverse middelen ingezet: rollenspelen, ervaringsverhalen en video.

Bronnen

www.rehabilitatie92.nl

IV INVENTARISEREN WENSEN CLIENT

Shared decision making (SDM)

Doel

SDM is een met ICT ondersteunde methode die erop gericht is dat de cliënt, op basis van alle informatie die nodig is om een zorgvuldige keuze te maken én op basis van individuele wensen en voorkeuren, samen met de hulpverlener tot een gezamenlijke invulling van de behandeling kan komen.

Toelichting en werkwijze

SDM is een methode die in de Verenigde Staten is ontwikkeld en momenteel vertaald wordt naar de Nederlandse situatie.

In het kader van herstel is het noodzakelijk dat de cliënt invloed kan uitoefenen op zijn behandeling. Gestreefd wordt naar een gezamenlijk besluitvormingsproces (shared decision making) tussen behandelaar en hulpvrager op basis van de ervaringskennis van de cliënt, wetenschappelijke richtlijnen en de inzichten van de hulpverlener. De hulpverlener en cliënt, die elkaar erkennen als expert, werken samen om informatie (o.a. over ziekte, behandelmogelijkheden, mogelijke bijwerkingen) en waarden te delen om te komen tot een weloverwogen beslissing ten aanzien van de behandeling. SDM is vooral behulpzaam in situaties waarin er geen overeenstemming is tussen cliënt en hulpverlener over de in te zetten behandeling, bij behandelingen waar zowel voor- als nadelen aan verbonden zijn of bij behandelingen waarvoor nog onvoldoende empirisch bewijs voorhanden is.

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

Bronnen

- Deegan, P.E., Drake, R.E. (2006), Shared Decision Making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services* 57, 11, 1636-1639.
- Deegan, P.E., Rapp, C., Holter, M. Riefer, M.(2008) A program to support shared decision making in an outpatient Medication Clinic. *Psychiatric Services*, 59, 6.
- De Nederlandse variant van SDM is momenteel in ontwikkeling bij GGZ Noord Holland Noord. Meer informatie kan worden verkregen via m.bahler@ggz-nhn.nl.

Zorgbehoefteinstrumenten

Doel

Het doel van zorgbehoefteinstrumenten is het vaststellen van de subjectieve zorgbehoefte van mensen met ernstige psychiatrische stoornissen.

Toelichting / werkwijze

Om de subjectieve zorgbehoefte van mensen met ernstige psychiatrische stoornissen vast te stellen, zijn verschillende instrumenten beschikbaar. De bekendste en in Nederland meest gebruikte zorgbehoefteinstrumenten zijn de Camberwell Assessment of Need (CAN), de Zorg Aanbod Schaal/Zorg Vraag Schaal (ZAS/ZVS) en de Zorgbehoefte-lijst. De instrumenten kennen alle drie zowel een hulpverleners- als een cliëntversie.

De CAN is internationaal de meest gebruikte zorgbehoefte-lijst. De CAN stelt behoeften vast op 22 domeinen of levensgebieden. Er bestaat ook een verkorte versie van de CAN: de CANSAS. Een nadeel van de CAN is dat het een tamelijk complex instrument is.

De ZAS/ZVS omvat 40 items en gaat uitgebreid in op het basale functioneren. Het instrument is bedoeld voor mensen die intramuraal of beschermd wonen. Nadeel van de ZAS/ZVS is dat het niet geschikt is voor cliënten die ambulant worden behandeld.

De Zorgbehoefte-lijst omvat 42 items en is mede gebaseerd op de CAN en de ZAS/ZVS. Anders dan de CAN en de ZAS/ZVS is de Zorgbehoefte-lijst niet alleen gericht op het identificeren van medisch-psychiatrische en praktische behoeften, maar ook op psychologische en rehabilitatiebehoefte. Het instrument is nog niet volledig op zijn psychometrische waarde getest.

Zorgbehoefteinstrumenten hebben verschillende gebruiksmogelijkheden. Ze kunnen helpen bij de inrichting van zorgprogramma's, bij het vaststellen van resultaten van de hulpverlening, bij de indicatiestelling en zorgplanning. Een gebruiksmogelijkheid bij uitstek is een voorbereiding op gesprekken tussen hulpverlener en cliënt, waarin de hulpverlening wordt geëvalueerd en plannen worden gemaakt voor de toekomst. De vragenlijsten leveren dan een serie gesprekspunten op over te veel of te weinig ontvangen hulp en de inhoudelijke richting van de vervolghulp.

Bronnen

- Kroon, H. De zorgbehoefte-lijst: een vragenlijst voor het meten van zorg- en rehabilitatiebehoefte bij mensen met ernstige psychiatrische stoornissen. Trimbos-instituut, Utrecht, 2003.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, et al. The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167: 589-595.
- Werf LJ van der, Goedhart AW. De Zorg-Aanbod-Schaal (ZAS). Een beoordelingsschaal voor zorg aan chronisch psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1994; 36: 439-444.

V HERSTELONDERSTEUNENDE BEGELEIDING EN BEJEGENING

Presentiebenadering

Doel

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 cliënt.

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, zorggevende) 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 –goedebedoeling)
5. Betekenis: De ander is minstens bij één in tel (erkenning en relatie wegen het zwaarst).

Bronnen

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

Strengths Model

Doel

Het Strengths Model is een benadering waarin de individuele krachten van cliënten 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 cliënten 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 ambulante werkende teams, maar inmiddels is ook enige ervaring opgedaan met toepassing in klinische situaties. In beide settings blijkt het Strengthsmodel een meerwaarde te hebben.

Een aantal algemene uitgangspunten van het Strengths Model zijn:

- de cliënt 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 cliënt
- de relatie tussen hulpverlener en cliënt vormt de onmisbare basis voor wederzijdse samenwerking
- actieve outreach (de cliënt 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 cliënt
- Uitvoering van het plan
- Evaluatie van het plan

Bronnen

- Rapp, C. en Goscha, RJ. The Strengths Model: Case Management wilt people with psychiatric disabilities. Oxford University Press, april 2005.
- De RINO groep geeft trainingen in het Strengths Model: www.rinogroep.nl

Motiverende gespreksvoering

Doel

Motiverende gespreksvoering is een methode om te bevorderen dat de cliënt 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 cliënten 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, Columboteknik.

Verschillende organisaties bieden trainingen en cursussen aan op het gebied van motiverende gespreksvoering.

Bronnen

- Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC: Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: Avon Books, 1994.
- Miller, WR en S. Rollnick. Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering. Ekklesia 2005. ISBN 90 75569 39 4.

Oplossingsgerichte therapie / gespreksvoering

Doel

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 cliënt gewenste toekomst.

Toelichting / werkwijze

Oplossingsgerichte therapie (OT) is ontwikkeld in de VS en maakt sinds een jaar of twintig opgang in Nederland. In het eerste gesprek wordt de cliënt 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.'

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.

VI REHABILITATIEMETHODIEKEN

Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)

Doel

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.

Anders dan de SRH gaat de IRB uit van de opvatting dat rehabilitatie op specifieke componenten van gezondheid gericht is. De IRB is specifiek gericht op het rolherstel van de cliënt, door het vergroten van de activiteiten en de participatie van cliënten.

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 cliënt
- Individuele benadering
- Omgevingspecificiteit
- Steun
- Ontwikkelingsmogelijkheid
- Autonomie
- Succes en tevredenheid.

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

- Wonen
- Werken/dagbesteding/vrije tijd
- Leren
- Sociale contacten

De IRB-modules zijn:

- Het scheppen van een band
- Doelvaardigheid beoordelen, bespreken en ontwikkelen
- Het stellen van een rehabilitatiedoel
- Functionele diagnostiek
- Hulpbronnendiagnostiek
- Vaardigheidsles en -stappenplantoepassing
- Hulpbronnen creëren, verkrijgen en gebruiken
- Planning.

Er zijn inmiddels verschillende studies gedaan naar de effectiviteit van de IRB-methode. Uit deze studies blijkt dat cliënten die IRB-begeleiding krijgen, er vaker in slagen om hun doelen te behalen dan andere cliënten.

Bronnen

- Korevaar, L en J Dröes (red). Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn. Uitgeverij Coutinho, Bussum 2008. Dit handboek is een studieboek en heeft als doel het ondersteunen van studenten / lezers bij het zelfstandig gestalte geven aan de uitvoering van rehabilitatie-activiteiten met individuele cliënten. In het boek wordt specifieke aandacht gegeven aan de IRB.
- Stichting Rehabilitatie '92 (www.rehabilitatie92.nl) is een landelijk opererend bij- en nascholingsinstituut dat zich bezig houdt met het verzorgen van trainingen en consultatie op het gebied van Rehabilitatie. Middels het aanbieden van een uitgebreid scholingsprogramma, voornamelijk gericht op hulpverleners, tracht Rehabilitatie '92 de IRB, vertaald naar de Nederlandse praktijk, te introduceren en te implementeren in de Nederlandse GGZ-instellingen. Naast het verzorgen van trainingen houdt Rehabilitatie '92 zich actief bezig met de organisatie van landelijke revalidatiedagen, deelname aan congressen, publicatie van artikelen en samenwerking met aanverwante sectoren.
- Een wens in vervulling. Brochure met informatie over de IRB en de resultaten. De brochure kan worden gedownload via www.rehabilitatie92.nl

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)

Doel

Het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) is een methodiek die professionals toerust om cliënten te ondersteunen in hun herstel- en ontwikkelingsproces en omgevingen te creëren die steunend zijn. Dat wil zeggen dat er enerzijds rekening gehouden wordt met de psychische beperkingen en anderzijds mogelijkheden geboden worden voor het gebruiken van talenten en het ontwikkelen van mogelijkheden.

Anders dan de IRB gaat de SRH uit van de opvatting dat rehabilitatie op alle componenten van gezondheid gericht is. De SRH heeft als intentie de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren, door middel van het omgaan met de kwetsbaarheid, verbetering van milieus en het vergroten van de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving.

Toelichting en werkwijze

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

De methodiek heeft verschillende vertrekpunten:

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

Bronnen

- JP Wilken en D den Hollander. Psychosociale rehabilitatie: een integrale benadering. Uitgeverij SPW, Amsterdam, 2007.
- JP Wilken en D den Hollander. Rehabilitation and recovery: a comprehensive approach. Uitgeverij SPW, Amsterdam, 2005.
- Nuy, M. Rehabilitatie: een oriëntatie en een beschrijving van drie benaderingswijzen. 2003.
- Het Centrum Opleidingen Langdurige & Complexe Zorg van de RINO Groep (www.rinogroep.nl) beoogt de deskundigheid van professionals in de langdurige en complexe zorg te vergroten. Het centrum is licentiehouder van de Liberman modules en de SRH en verzorgt diverse trainingen.

Liberman methodiek

Doel

De Liberman methodiek is erop gericht om cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen praktische en sociale vaardigheden te leren, met als doel hun zelfstandigheid en de mogelijkheden voor sociale reïntegratie te vergroten.

Toelichting en werkwijze

De Liberman methodiek is ontwikkeld door prof. dr. Robert Paul Liberman samen met een team van experts op dit gebied. De methodiek omvat een aantal modules. Bij de opbouw van de modules is gebruik gemaakt van de expertise uit de gedragstherapie, de leertheorie en de psycho-educatie. De modules zijn:

- Omgaan met antipsychotische medicatie
- Omgaan met psychotische symptomen
- Omgaan met vrije tijd
- Omgaan met verslaving
- Omgaan met werk; een module over arbeidsrehabilitatie
- Omgaan met sociale relaties en intimiteit
- Omgaan met het dagelijks leven (in ontwikkeling)

De modules worden in groepsverband aangeboden en zijn bedoeld voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen. Het trainingsprogramma richt zich zowel op mensen met langdurige aandoeningen als op mensen die herstellen van een eerste psychotische episode.

De modules zijn voor de hulpverlener, na enige training, goed te gebruiken en voor de cliënt doorgaans gemakkelijk te volgen.

Het Trimbos-instituut heeft in 2008 een literatuuronderzoek verricht naar het effectonderzoek rondom deze modules. Uit de studie komt overtuigend naar voren dat de Liberman modules de kennis en vaardigheden op het terrein van symptoombeheersing en medicatiegebruik verbeteren, ook op langere termijn.

Bronnen

- Het Centrum Opleidingen Langdurige & Complexe Zorg van de RINO Groep (www.rinogroep.nl) is licentiehouder van o.a. de Liberman modules en verzorgt ook trainingen op dit gebied. Via de website van de Rino groep kunnen ook verschillende artikelen gedownload worden.
- Erp, N van e.a. Systematische implementatie van de Liberman modules in Nederland. onderzoek naar de implementatie van de modules 'Omgaan met psychotische symptomen' en 'Omgaan met antipsychotische medicatie' in drie GGZ-instellingen. Trimbos-instituut, Utrecht, 2008.
- Erp, N van. Literatuurstudie naar effectonderzoek Liberman modules. Trimbos-instituut, Utrecht, 2008.

Milieurehabilitatie

Doel

Milieurehabilitatie is een methode om via de omgeving met maximale betrokkenheid van cliënten hun activiteiten en participatie te vergroten.

Toelichting en werkwijze

Rehabilitatie richt zich op de activiteiten van cliënten en hun deelname aan de samenleving. Dit kan worden vormgegeven via een individueel proces (zoals de IRB), maar ook via beïnvloeding van de (fysieke, sociale, culturele en maatschappelijke) omgeving. Milieurehabilitatie streeft naar het creëren en in stand houden van een stimulerende omgeving waarin individuele rehabilitatie het beste tot haar recht komt. Daarbij is het belangrijk dat cliënten de kans krijgen om aan te geven hoe de omgeving aan hun wensen en mogelijkheden tegemoet kan komen.

De methodiek van milieurehabilitatie is in zes stappen op te splitsen:

1. Milieu beschrijven
2. Milieu beoordelen
3. Cliënt erbij betrekken
4. Projectplan milieurehabilitatie opstellen
5. Projectplan milieurehabilitatie uitvoeren
6. Evalueren en bijstellen

Bronnen

- M de Jong en T van Wel. Milieurehabilitatie. Een methode om via de omgeving met maximale betrokkenheid van cliënten hun activiteiten en participatie te vergroten. In: L Korevaar en J Dröes, Handboek Rehabilitatie, 2008.
- Op www.rehabilitatie92.nl is o.a. de wegwijzer Rehabilitatie te downloaden met daarin de werkbladen milieurehabilitatie.

VII MEETINSTRUMENTEN

Recovery Oriented Practices Index (ROPI)

Doel

De ROPI is een instrument waarmee een indicatie kan worden verkregen van de mate van herstelondersteunende zorg.

Toelichting en werkwijze

De ROPI is ontwikkeld door het New York State Office of Mental Health (Mancini e.a, 2006) en is begin 2008 vertaald en bewerkt door het Trimbos-instituut in samenwerking met GGZ Noord Holland Noord. Het instrument is nog in ontwikkeling. De ROPI is opgebouwd uit 8 items en meet:

1. de mate waarin tegemoet gekomen wordt aan basale zorgbehoeftes
2. de omvang van het dienstenaanbod
3. de mate waarin cliënten worden gestimuleerd tot sociale participatie en maatschappelijke integratie
4. de mate waarin sprake is van medezeggenschap van cliënten en participatiemogelijkheden
5. de mate waarin de zorg georiënteerd is op de mogelijkheden en krachten van de cliënt
6. de mate waarin sprake is van cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden
7. de mate waarin de cliënt de regie voert en zelf bepaalt
8. de mate waarin de focus ligt op herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid.

De gegevens worden hoofdzakelijk via interviews verzameld. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen worden zowel cliënten, hulpverleners als managers bij de interviews betrokken. Daarnaast worden beleidsstukken en brochuremateriaal ingezien en worden dossiers geanalyseerd.

De ROPI wordt in principe afgenomen door een extern interviewteam, bestaande uit 2 personen, die onafhankelijk van elkaar scores toekennen aan de diverse items. Eventueel kan de ROPI ook als een instrument voor zelfevaluatie worden ingezet.

Bronnen

- Meer informatie over de ROPI kan worden verkregen bij Sonja van Rooijen van het Trimbos-instituut (srooijen@trimbos.nl).

Nederlandse Empowerment Lijst (NEL)

Doel

Met het herhaaldelijk afnemen van de NEL kan in kaart worden gebracht in welke mate de mensen die de lijst invullen, groeien in hun kracht. Het is een instrument om het hulpaanbod te beoordelen op de mate waarin het 'empowerend' werkt.

Toelichting en werkwijze

Empowerment betekent zoveel als je eigen kracht ontdekken of herontdekken en die kracht effectief leren toepassen. Het begrip empowerment kent veel facetten. Deze facetten zijn verkend door bijna 70 mensen die in hun leven te maken hebben met ernstige aanhoudende psychische kwetsbaarheden. Op basis van hun kennis en uitspraken is de NEL ontwikkeld (Boevink, 2009).

De NEL omvat 6 dimensies: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid, erbij horen, zelfmanagement en betrokken leefgemeenschap. De dimensies bestaan uit verschillende items. In totaal omvat de NEL 40 uitspraken waarmee men het al dan niet eens kan zijn. Antwoorden kunnen worden gescoord op een vijfpuntschaal. De NEL voorziet in een totaalscore en een score per dimensie.

Om te meten in hoeverre zich veranderingen hebben voorgedaan in het individuele herstelproces van cliënten, dient de vragenlijst op verschillende meetmomenten te worden afgenomen.

Bronnen

- Boevink W, Kroon H, Giesen F. De Nederlandse Empowerment Vragenlijst. Utrecht: Trimbos-instituut 2008.
- De NEL is te downloaden via de website van het Trimbos-instituut: www.trimbos.nl

HOOP

Doel

Hoop is één van de centrale kernelementen van herstel van mensen met ernstige psychische klachten. De HOOP is een instrument om de hoop van mensen te meten. De uitkomsten kunnen worden beschouwd als een graadmeter van de mate waarin het individuele herstelproces zich voltrokken heeft.

Toelichting en werkwijze

De HOOP is een Nederlandse vertaling van de Herth Hope Index (HHI) (Hearth, 1992; Van den Bogaard e.a. 2006. De HOOP bestaat uit 12 uitspraken waaraan een score van 1 tot 4 kan worden toegekend.

Om te meten in hoeverre zich veranderingen hebben voorgedaan in het individuele herstelproces van cliënten, dient de vragenlijst op verschillende meetmomenten te worden afgenomen.

Bronnen

- Hearth, K (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251 – 1259.
- De HOOP kan worden gedownload via het extranet van www.zorgvoorbeter.nl.

VIII VOORBEELDEN UIT DE VERBETERTRAJECTEN

Herstelgerichte teamcoaching

Doel

Herstelgerichte teamcoaching heeft als doel om hulpverleners te ondersteunen om in de dagelijkse praktijk meer herstelgerichte zorg te kunnen bieden. De bijeenkomsten beogen de kennis over herstel toe te passen in de dagelijkse praktijk. Het gaat daarbij vooral om een verandering van attitude: minder vanuit hulpverlenersperspectief en meer vanuit cliëntperspectief.

Toelichting / werkwijze

In het kader van het landelijke verbetertraject herstelgerichte zorg voor langverblijvers zijn verschillende organisaties en teams gestart met het organiseren van intervisiebijeenkomsten voor medewerkers. Binnen GGZ Oost Brabant wordt gewerkt met een vorm van intervisie die 'herstelgerichte teamcoaching' is gaan heten.

De teamcoachingsbijeenkomsten zijn bedoeld voor hulpverleners van een team en worden geleid door intervisiebegeleiders. Een belangrijke rol is weggelegd voor ervaringsdeskundigen; zij bewaken het cliëntperspectief in de bijeenkomsten. Omdat de teamcoaching gericht is op attitudeverandering bij de teamleden, neemt de cliënt niet zelf deel aan de bijeenkomsten.

Per teamcoaching wordt steeds één cliënt besproken van wie de casus door een aandachtsfunctionaris is voorbereid. De aandachtsfunctionaris heeft ter voorbereiding samen met de cliënt diens veranderdoelen verkend. Ten behoeve hiervan is een lijst met 10 vragen opgesteld, waarvan de eerste 7 gaan over het cliëntperspectief (wat wil de cliënt op de verschillende levensgebieden) en de laatste 3 over het hulpverlenerperspectief (op welke problemen vindt de hulpverlener dat noodzakelijkerwijs een aanbod zou moeten worden gedaan). Deze 10 vragen beogen het accent te verschuiven naar het cliëntperspectief en bewustwording te stimuleren bij hulpverleners dat men sterk geneigd is om over en door de cliënt te denken.

Bronnen

- Heugten, T van en S van Rooijen. Implementatie van herstelgerichte zorg in een instelling voor langverblijvers. Tijdschrift voor Rehabilitatie 2009.

Herstelkwartet

Doel

Het herstelkwartet is bedoeld om hulpverleners op een speelse manier kennis te laten maken met de kernbegrippen die bij herstel horen, en een gesprek op gang te brengen over herstelondersteunende zorg.

Toelichting / werkwijze

Het herstelkwartet is ontwikkeld door GGZ inGeest in het kader van het landelijke verbetertraject herstelgerichte zorg voor langverblijvers. Om medewerkers in de langdurende klinische zorg te informeren over herstel en herstelgerichte zorg heeft het verbeterteam een conferentie met workshops georganiseerd. Om hulpverleners op een speelse manier kennis te laten maken met de belangrijkste herstelbegrippen (zoals hoop, empowerment, ervaringskennis, zelfbestuur, keuzemogelijkheden) is het herstelkwartet ontwikkeld.

Het kwartet kan worden gespeeld door hulpverleners, cliënten, familieleden, buurtbewoners, etc. Het kwartet wordt gespeeld in groepjes van 2 tot 4 personen.

Bronnen

Het herstelkwartet is verkrijgbaar via het bureau cliëntenvoorlichting van GGZ inGeest: cliëntenvoorlichting@ggzingeest.nl.

Herstelkaartjes

Doel

Herstelkaartjes zijn een middel om met een cliënt een dialoog op gang te brengen over herstel. Ze zijn in eerste instantie bedoeld om zicht te krijgen op iemands individuele wensen en behoeftes, om vervolgens duidelijk te krijgen wat er voor nodig is om de individuele wensen te realiseren.

Toelichting / werkwijze

De herstelkaartjes zijn ontwikkeld door RIBW Midden Brabant in het kader van het verbetertraject herstelgerichte zorg voor langverblijvers. De kaartjes bevatten de volgende vragen:

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

Cliënt en begeleider kiezen één of meerdere dialoogkaartjes uit om het gesprek over herstel op gang te brengen. Hoe cliënt en begeleider tot een keuze komen is aan henzelf.

De kaartjes bevatten bewust nogal algemene vragen, die de cliënt en de begeleider de gelegenheid geven om door te vragen en om dieper op bepaalde zaken in te gaan. Een goede timing is hierbij uiteraard van groot belang.

Bronnen

Voor meer informatie kan contact worden opgenomen met Sabine Smits of Ine Ketelaars (iketelaars@ribwmb.nl), beiden werkzaam bij RIBW Midden-Brabant.

IX Publicaties en films

Publicaties:

Herstel

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

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

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

W. Boevink, From being a disorder to dealing with life. An experiential exploration. *Schizophrenia Bulletin, Turkish Excerpted Edition – 2006, Volume 1 Issue 2.*

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

W. Boevink, Herstelinitiatieven van mensen met psychische beperkingen. In: Schene, Boer, Jaspers, Sabbe en Van Weeghel (red): *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie*. Houten, 2007: Bohn, Stafleu en Van Loghum.

W. A. Boevink, A. Plooy, F.B.M. Giesen en H. Kroon (2008): Lijfsbehoud, levenskunst, verbondenheid en goede hulp. In: Annette Plooy, Sonja van Rooijen en Jaap van Weeghel (red.) *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*, SWP.

Boevink, W. (2008). Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om (van) te leren. In Lies Korevaar en Jos Dröes (red.), *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*, p. 35-49. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Wilma Boevink, Madeleine Prinsen, Lenneke Elfers, Jos Dröes, Mitchell Tiber en Greet Wilrycx (2009) Herstelondersteunende zorg; een concept in ontwikkeling. In *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, april 2009.

Deegan, P. (1993) Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31, 4, 7-11.

Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s” van Anthony, W.A., *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16, 4, p. 11-23.

Onken S., J. Dumont, P. Ridgway, D. Dorman & R. Ralph (2002). *Mental Health Recovery: what helps and what hinders?* NTAC/NASMPHD.

Onken, S.J., Craig, C.M., Ridgway, P., Ralph, R. & Cook, J.A. (2007) An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22.

Recovery from Mental Illness. Alaska Mental Health Consumer Web.
<http://akmhweb.org/recovery/rec.htm>.

Inzet ervaringsdeskundigen

A. Plooy (2007). Ervaringsdeskundigen in de hulpverlening. Bruggenbouwers of bondgenoten? Tijdschrift voor Rehabilitatie 2007(2)

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

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

Slooten J.D.Fvan, C.A.J. van Bekkum (2005). Ervaringsdeskundigheid in ACT: de winst en de weerstand. In C.L. Mulder en H. Kroon (red). Assertive Community Treatment, Nijmegen. Cure and Care Publishers.

Mead S, D., Hilton, L. Curtis (2001). Peer support: a theoretical perspective. Psychiatric Rehabilitation Journal 25, 134-141.

P. Solomon (2004) Peer support/peer provided services underlying processes, benefits and critical ingredients. Psychiatric Rehabilitation Journal 2004, 27(4) 392-401.

Paulson R, H. Hendrickx, J. Demmler, G. Clarke, D. Cutler, E. Birecree (1999). Comparing practice patterns of consumer and non-consumer mental health providers. Community Mental Health Journal 35, 3, 251-269.

Mowbray C.T., D.P. Mosley, C. Jasper & L Howell (eds.), 'Consumers as providers in psychiatric rehabilitation', Columbia 1997.

Films

"Uitbehandeld, maar niet opgegeven". In deze 2-delige NCRV-documentaire laat psychiater Detlev Petry op ontroerende wijze zien hoe hij omgaat met patiënten die als uitbehandeld gelden.

Het verbeterteam van Dijk en Duin heeft een film gemaakt over de sloop van een verpleegpost op één van de afdelingen die heeft meegedaan aan het verbetertraject herstelgericht zorg. Meer informatie hierover kan worden verkregen via Frank Jongbloed: fjongbloed@dijkenduin.nl

II. Handreiking Sociale participatie

I Analyseren sociaal netwerk en wensen

Netwerkcirkel
Netwerktafel

II Vormen voor contact en uitwisseling

Lotgenoten- en zelfhulpgroepen
Multiloog®-bijeenkomsten
Vriendendiensten en maatjesprojecten
Inloop- en dagactiviteitencentra (DAC)

III Familieleden betrekken

Familieraden- en organisaties
Familie- en gezinsinterventies
Familie als bondgenoot

IV Methodieken en interventies

Liberman *Omgaan met sociale relaties en intimiteit*
IRB module *Uitbreiden en verbeteren van je sociale netwerk*
Cursus *Vriendschap in beweging*

V Antistigma en vermaatschappelijking

Kwartiermaken
Maatschappelijke Steunsystemen (MSS)
Wijkgerichte ontmoetingsmogelijkheden

VI Meetinstrumenten

Eenzaamheidsschaal
Kwalitatief meten

VII Voorbeelden uit de verbetertrajecten

Buurtgericht werken Stichting Pergamijn
Community Support

VIII (Audio)visueel materiaal

I ANALYSEREN SOCIAAL NETWERK EN WENSEN

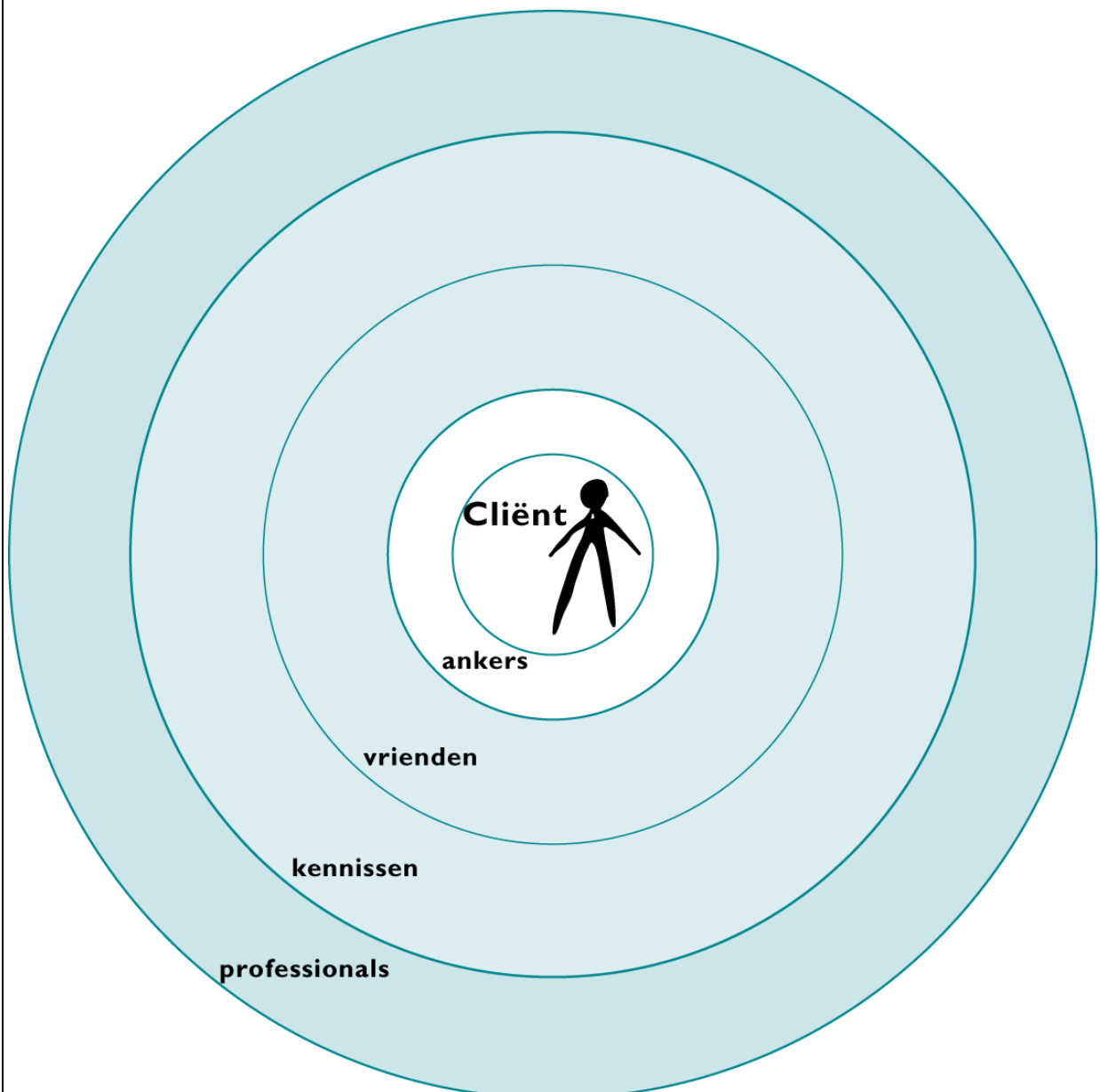
Netwerkcirkel

Doel

De Netwerkcirkel heeft als doel om het sociaal netwerk van een persoon in kaart te brengen en aan de hand daarvan in gesprek te gaan over sociale contacten.

Toelichting en werkwijze

De Netwerkcirkel kan het begin zijn van de zoektocht met de cliënt naar wat hij/zij voor wensen heeft op het gebied van sociale contacten. Het invullen dient plaats te vinden samen met de cliënt en in een veilige sfeer. Het kan emotioneel dichtbij komen en is altijd heel persoonlijk. In de cirkel worden de belangrijkste netwerkleiden van de cliënt ingevuld. In het midden staat de persoon zelf.



Bronnen

- Meten in Verbetertraject Herstel & Sociale Participatie. Instructie bij de Netwerkcirkel. Trimbos-instituut (www.zorgvoorbeter.nl)
- Hendrix, H. (1997). *Bouwen aan netwerken. Leer- en werkboek voor het bevorderen van sociale steun in de hulpverlening*. Baarn: Nelissen.
- Smit, B. & Van Gennep, A. (1999). *Netwerken van mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: NIZW.

Netwerktafel

Doel

Het doel van de Netwerktafel is om mensen met psychiatrische klachten te helpen om hun sociaal netwerk te vergroten.

Toelichting en werkwijze

De netwerktafel is een initiatief van GGZ Noord-Holland-Noord en diverse maatschappelijke organisaties in Alkmaar. Het gaat om bijeenkomsten die zijn bedoeld voor mensen die vanwege hun psychiatrische beperking behandeld worden in een FACT wijkteam, langdurende psychiatrie. Zij kunnen bij de netwerktafel langs komen met allerlei vragen op het gebied van sociale participatie. Aan de netwerktafel nemen vertegenwoordigers van de verschillende maatschappelijke organisaties deel. Ieder benut de achtergrond vanuit zijn organisatie en kennis van de sociale kaart. Samen wordt gezocht naar manieren waarop de cliënt zijn wensen mogelijk kan maken.

Bronnen

- Artikel over de Netwerktafel op het extranet van Zorg voor Beter, Herstel & Sociale Participatie. www.zorgvoorbeter.nl
- Meer informatie op te vragen bij: Henk-Willem Klaassen (hw.klaassen@ggz-nhn.nl) en Marianne van Eijk (m.vaneijk@ggz-nhn.nl).

II VORMEN VOOR CONTACT EN UITWISSELING

Lotgenoten- en zelfhulpgroepen

Doel

Mensen met een bepaalde problematiek met elkaar in contact brengen om op basis van wederkerigheid ervaringen te kunnen delen en/of elkaar te kunnen steunen.

Toelichting en werkwijze

De termen lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen worden vaak door elkaar gebruikt. Toch bestaan er verschillen tussen beide vormen van contact. Volgens de definitie van Geelen (2003) zijn zelfhulpgroepen "kleine groepen van mensen met eenzelfde problematiek die *zonder professionele begeleiding* via onderlinge steun en onderlinge uitwisseling van ervaringen proberen greep op hun problemen te krijgen." Bij lotgenotengroepen is in veel gevallen wél een professionele begeleider aanwezig. In de lotgenotengroep voor mensen met een psychose die is ontwikkeld door Castelein e.a. (2006), wordt bijvoorbeeld juist de voorkeur gegeven aan de begeleiding door een verpleegkundige in plaats van een cliënt.

Nederland kent vele categorieën zelfhulpgroepen en lotgenotengroepen. Zo zijn er groepen georganiseerd vanuit de cliëntorganisaties of vanuit de GGZ zelf, maar er zijn ook groepen ontstaan buiten die organisaties om.

De functie van lotgenotencontact komt vooral neer op de volgende punten:

- normalisering: in het lotgenotencontact ontdekt men niet de enige met het probleem te zijn; dit biedt erkenning en herkenning;
- leren van elkaars ervaringen en leren door de modelwerking van lotgenoten die al verder zijn in het omgaan met hun problemen.

Noemenswaardig is hierbij de Stichting Lotgenotencontact. Dit is een onafhankelijke, landelijk werkende organisatie die als doel heeft lotgenoten met elkaar in contact te brengen. De stichting werkt voor verschillende doelgroepen, o.a. voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Via hun website www.lotgenoten.nl bevorderen zij onderlinge uitwisseling van ervaringen. Mensen kunnen een persoonlijke oproep op de website plaatsen of reageren op een persoonlijk verhaal. Ook kunnen zij deelnemen aan een thematische virtuele lotgenotengroep. Bovendien bevat de website een Lotgenotendatabank met uitgebreide zoekmogelijkheden, zodat mensen gemakkelijk passende lotgenotengroepen in de eigen regio kunnen vinden. Let wel: voor lotgenotengroepen voor verslaving is deze databank verre van compleet.

Bronnen

- Castelein, S., Mulder P.J., & Bruggeman, R. (2006). *Draaiboek voor het begeleiden van een lotgenotengroep voor mensen met een psychose*. Groningen: UMCG.
- Geelen, K. (2003). *Informeel zorg voor psychische problemen en verslavingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- www.lotgenoten.nl. Website van Stichting Lotgenotencontact.
- www.netcliënten.nl. Dit is een website voor en door GGZ-cliënten en maakt deel uit van de Stichting Cliëntgestuurde Initiatieven en Projecten (SCIP).
- www.platformggz.nl. Het Landelijk Platform GGz is een koepel van twintig

cliënten, familie- en categorale organisaties in de geestelijke gezondheidszorg.

- www.cliëntenbond.nl. De Cliëntenbond in de GGZ is een organisatie van mensen die psychische of psychiatrische klachten hebben (gehad). Centraal in alle activiteiten staat enerzijds het streven naar een samenleving waarin mensen die een psychische of psychiatrische aandoening hebben (gehad) als gelijkwaardige burgers worden behandeld, met dezelfde rechten en plichten als ieder ander, en anderzijds het streven om elkaar steun te bieden en de positie van cliënten in de (geestelijke) gezondheidszorg en de samenleving door middel van belangenbehartiging en beleidsbeïnvloeding te versterken.

Multiloog®-bijeenkomsten

Doel

Het in gang zetten van een proces van communicatie, waarin deelnemers die vanuit verschillende gezichtspunten ervaring hebben met psychisch lijden zich in elkaar verplaatsen, met als centrale doel de vergroting van regie over het eigen leven.

Toelichting en werkwijze

In Multiloog®-bijeenkomsten gaat het om het uitwisselen van ervaringen met (psychische) problemen in het dagelijks leven. De bijeenkomsten zijn met name bedoeld voor mensen die zelf ervaringen hebben met psychisch lijden en die naar de verhalen van anderen willen luisteren of hun eigen verhaal willen vertellen. Verder komen er mensen die dit lijden kennen vanuit de naaste omgeving (bv. partner, ouder, vriend, buurman, collega) of vanuit hun werksituatie (bv. als hulpverlener, huisarts of politie).

Gebleken is dat communicatie tussen al deze groepen een belangrijke toegevoegde waarde heeft. In tegenstelling tot zuiver lotgenotencontact (bv. alleen cliënten of familie), praten de deelnemers hier vanuit de verschillende posities waar men veelal in het dagelijks leven mee te maken heeft.

Een belangrijk uitgangspunt van het Multiloog®-project is de ontmoeting op basis van gelijkwaardigheid en ervaringsdeskundigheid. Uitwisseling van ervaringen en de mogelijkheid om van elkaar te leren staan voorop. Multiloog® zoekt naar de zin en betekenis van de eigen ervaringen binnen de omstandigheden waar men mee te maken heeft. Kennis 'van binnen uit' moet ervoor zorgen dat de persoon zicht krijgt op wat er aan de hand is, om daarmee te komen tot het ontwikkelen van een nieuwe en vooral 'eigen taal'.

De Multiloog®-bijeenkomsten worden bij voorkeur op neutraal terrein georganiseerd, buiten de reguliere hulpverlening (bv. in buurtcentra). Multiloog® wordt ook wel gezien als een vorm van kwartiermaken (zie hst V).

Bronnen

- www.inca-pa.nl
- Mölders, H. (2008). Je verplaatsen in een ander gezichtspunt. Over de betekenis van Multiloog. *Deviant*, 57, 22-25.

Vriendendiensten- en maatjesprojecten

Doel

Het doel van vriendendiensten en maatjesprojecten is om mensen met psychische problemen in contact te brengen met een vrijwilliger, om sociaal isolement tegen te gaan en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Toelichting en werkwijze

Nederland telt ongeveer zestig vriendendiensten, ook wel maatjeswerk genoemd. Vriendendiensten brengen vrijwilligers in contact met deelnemers, mensen met psychische problemen die het moeilijk vinden om alleen op stap te gaan en behoefte hebben aan vriendschappelijk contact. De vrijwilliger en de deelnemer ontmoeten elkaar eens in de week of eens per twee weken. Samen gaan zij op stap, bv. wandelen, winkelen of biljarten, of ze blijven bij de deelnemer thuis, drinken koffie en praten met elkaar. Gewone alledaagse dingen die, zo blijkt uit verhalen en onderzoek, heel betekenisvol kunnen zijn voor de deelnemers.

MEZZO is de koepelorganisatie waarbij verschillende soorten vriendendiensten zijn aangesloten. Voorbeelden van vriendendiensten en maatjesprojecten zijn:

- *St. Amsterdamse vriendendiensten (SAV)*: In 2008 kende SAV in totaal 731 deelnemers, 476 vrijwilligers en 635 koppels/maatjescontacten. Het is een grote, zelfstandige organisatie die ruim 15 jaar bestaat en zich steeds verder ontwikkelt. Op dit moment kent de stichting naast gewone maatjescontacten ook 'studiemaatjes', 'sportmaatjes' en 'jongerenmaatjes'. Verder biedt SAV voor ingeschreven deelnemers met of zonder maatje ook andere mogelijkheden voor sociaal contact in de vorm van diverse groepsactiviteiten en vrijwilligerswerk.
- *Vriendendienst Zuid-Holland Noord*: Vriendendienst Zuid-Holland Noord is een samenwerkingsverband tussen twee thuiszorgorganisaties, een organisatie voor Wonen, zorg en Welzijn en een organisatie voor Geestelijke Gezondheidszorg. Het werkgebied omvat de Duin- en Bollenstreek, Leiden en omgeving en de Rijnstreek, (Alphen aan den Rijn en omgeving). Er zijn ruim 100 koppels en er staan ruim 50 deelnemers op de wachtlijst. Een vrijwilliger en deelnemer worden gedurende één jaar voor een dagdeel per week aan elkaar gekoppeld. Deze vriendendienst besteedt ook nadrukkelijk aandacht aan het geplande afscheid (ontkoppeling) van de koppels. Hierbij hoort de deelnemer welke indruk hij op de vrijwilliger heeft gemaakt en hoe belangrijk het contact in diens leven is geweest. Door aansluitend een nieuwe jaarkoppeling aan te gaan met een andere vrijwilliger gaat de deelnemer zelf ervaren (en geloven) dat hij ook interessant, belangrijk, de moeite waard kan zijn voor iemand anders.
- *Vriendendienst en 'Maat op Maat' Zoetermeer (onderdeel van REAKT)*: REAKT is een organisatie voor dagbesteding en arbeidsrehabilitatie en heeft vriendendiensten in Den Haag, Gouda, Voorburg en Zoetermeer. Naast vriendendiensten waarbij gewerkt wordt met vrijwilligers, is er het project 'Maat op Maat'. Dit is een cliëntgestuurde Vriendendienst die bemiddelt bij het zoeken naar een lotgenoot waarmee samen leuke activiteiten ondernomen worden. Maat op Maat kent alleen deelnemers en bemiddelt desgewenst meer dan één keer. In totaal zijn er nu ongeveer 70 koppels. Verder biedt Maat op Maat ondersteuning bij het vormen van vriendengroepen en worden er ontmoetingsdagen georganiseerd.

- *St. Vriendendiensten Midden Westelijk Utrecht*: Hieronder vallen de vriendendienst 'Xzieje' (Nieuwegein, IJsselstein en Houten) en de vriendendienst 'Samen Sterk' (Zeist, De Bilt, Doorn en Wijk bij Duurstede). De vriendendiensten vallen onder de afdeling welzijn van de gemeente. Xzieje biedt naast de gewone maatjescontacten 'Maatje Groter': groepsactiviteiten in de samenleving, zoals het eetcafé, zwemmen, bowlen, wandelen, tekenen & schilderen en koffie drinken. De vriendendienst won in 2005 met dit concept de stimuleringsprijs 'Doen doet leven' van Altrecht in de provincie Utrecht. Vriendendienst Samen Sterk heeft in 2007 het Appeltje van Oranje van het Oranjefonds gekregen voor de zorgvuldigheid in het tot stand brengen en ondersteunen van de koppelingen van het maatjescontact.
- *Project Vergezellen GGzE*: In Eindhoven heeft een bijzondere vorm van een maatjesproject plaatsgevonden, namelijk het inzetten van hulpverleners om cliënten te ondersteunen bij het ondernemen van activiteiten en zo als het ware te fungeren als een soort 'maatje'. Het ging om extra individuele aandacht voor cliënten (max. 4 uur per cliënt per week), waarbij het niet draaide om een behandelresultaat dat behaald diende te worden, maar om het contact tussen hulpverlener en cliënt. Het 'vergezellen' werd gezien als taak binnen de functie van de hulpverlener. Het project is zowel door cliënten als hulpverleners positief geëvalueerd.

Bronnen

- MEZZO: www.vriendendienstennederland.nl
- St. Amsterdamse vriendendiensten: www.vriendendiensten.nl
- Vriendendienst Zuid-Holland Noord: www.vriendendienst.info
- REAKT: www.reakt.nl/projecten/vriendendienst
- St. Vriendendiensten Midden Westelijk Utrecht: www.vriendendienst-samensterk.nl (Zeist, De Bilt, Doorn en Wijk bij Duurstede); <http://vriendendienst.hcc.nl> (Nieuwegein, IJsselstein en Houten).
- Henkens, H. & Herwig, L. (2003). *Vergezellen. Hand-in-handbegeleiding voor mensen met ernstige psychiatrische beperkingen bij het verrichten van activiteiten. Passage, 1.*
- Michon, H. (2006). *Quickscan Eenzaamheid. Inventarisatie 'voorbeeldpraktijken' in het opheffen van eenzaamheid bij mensen met psychiatrische problematiek.* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Onrust, S. & Smit, F. (2005). *Succesfactoren in vriendendiensten.* Utrecht : Trimbos-instituut.
- Rooijen, S. van. (2005). *Onder vrienden. Verhalen van vriendendiensten.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Inloop- en dagactiviteitencentra

Doel

Het bieden van dagbestedings- en ontmoetingsmogelijkheden.

Toelichting en werkwijze

Uit een longitudinale studie onder 329 bezoekers van dagactiviteitencentra (Van Hoof, Ketelaars & Van Weeghel, 2000) blijkt dat het DAC een belangrijke plaats inneemt in het leven van bezoekers en vooral fungeert als ontmoetingsplek en plaats waar men iets te doen heeft. De functie van het dagactiviteitencentrum als opstap naar meer maatschappelijke participatie komt echter niet goed uit de verf. Volgens Passavanti, Onderwater en Scholtens (2008) zijn nieuwe vormen van dagbesteding vereist die een brugfunctie vervullen tussen de geïnstitutionaliseerde wereld van de ggz en de samenleving. Zij adviseren om hierbij gebruik te maken van twee strategieën: cliëntgestuurde initiatieven, die mensen aanspreken op hun eigen kracht, en het kwartiermaken, dat inzet op het versterken van de verbindingen met en de contacten in de samenleving. Zij pleiten ervoor om arbeid en dagbesteding uit te besteden aan onafhankelijke organisaties die hier speciaal voor zijn ingericht. Voorbeelden hiervan zijn REAKT, RADAR en De Boei. Deze organisaties zijn door hun positie buiten de zorg beter in staat bruggen te bouwen en aansluiting te vinden bij algemeen maatschappelijke instellingen als welzijn, maatschappelijke dienstverlening en arbeidsintegratie.

Bronnen

- Hoof, F. van, Ketelaars, D., & Weeghel, J. van (2000). *Dac in, Dac uit. Een longitudinaal onderzoek bij bezoekers van dagactiviteitencentra in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Passavanti, E., Onderwater, K., & Scholtens, G. (2008). Sociale relaties. In: Plooy, A., Rooijen, S. van, & Weeghel, J. van (red.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*, 181-197. Amsterdam: SWP.

III FAMILIELEDEN BETREKKEN

Familieraden en -organisaties

Doel

Versterken van de rol en positie van familieleden en naastbetrokkenen van mensen met psychische problemen.

Toelichting en werkwijze

Veel GGz-instellingen hebben hun eigen familieraad. Bij de Stichting Landelijke Koepel Familieraden in de ggz (SLKF) zijn ruim 20 familieraden aangesloten. Op de website van de stichting staat informatie over het belang en de oprichting van familieraden. Een familieraad is een klankbordgroep die zich inzet voor de rol van familieleden. Zij behartigt familiebelangen in de GGz-instelling, biedt families informatie en steun en geeft signalen aan de Raad van Bestuur over de kwaliteit van zorg zoals die door familie ervaren wordt. Een familieraad bestaat uit zo'n 5 tot 15 familieleden en naastbetrokkenen van patiënten.

Naast familieraden zijn er op landelijk niveau familieorganisaties die opkomen voor de belangen van familieleden. Stichting Labyrint- in Perspectief en Ypsilon zijn hiervan de bekendste.

Stichting Labyrint- in Perspectief richt zich op familieleden van mensen met psychische of psychiatrische problemen. De stichting heeft als doel te bevorderen dat de situatie van familieleden en andere directbetrokkenen van psychiatrische patiënten leefbaar is, zowel individueel als sociaal en maatschappelijk. Zij probeert dit door een drietal kernactiviteiten uit te voeren: 1) lotgenotencontact, 2) voorlichting, 3) belangenbehartiging. De activiteiten vinden plaats door het hele land.

Ypsilon is de vereniging van familieleden en betrokkenen van mensen met schizofrenie of een psychose. Het doel van de vereniging is dat de gevolgen van deze ziekte geen belemmering vormen voor de cliënten en hun familieleden om hun leven in eigen hand te nemen. Op ruim vijftig plaatsen door het hele land vinden gespreksbijeenkomsten van Ypsilon plaats en zijn belangenbehartigers actief. Ypsilon biedt een adviesdienst, lotgenotencontact, trainingen, individuele belangenbehartiging en collectieve belangenbehartiging.

Bronnen

- www.familieraden-slkf.nl; Stichting Landelijke Koepel Familieraden in de ggz.
- www.ypsilon.org
- www.labyrint-in-perspectief.nl
- www.mezzo.nl; landelijke vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg
- www.platformggz.nl; het Landelijk Platform GGz is een koepel van twintig cliënten, familie- en categorale organisaties in de geestelijke gezondheidszorg.

Familie- en gezinsinterventies

Doel

Familie- en gezinsinterventies kunnen verschillende doelen hebben, afhankelijk van de soort interventie. Er zijn grofweg vier doelen te onderscheiden (Van Erp e.a., 2009):

1. informatie en voorlichting geven aan familie
2. ondersteuning van familieleden
3. samenwerking familieleden & hulpverleners
4. inzet ervaringskennis van familieleden

Toelichting en werkwijze

De term familie-interventies omvat een breed scala aan interventies voor familieleden en andere betrokkenen, zoals psycho-educatie voor familieleden, familiegroepen en gezinsbegeleiding. In een recent rapport (Van Erp e.a., 2009) wordt in kaart gebracht welke familie-interventies in de Nederlandse GGz worden toegepast en in hoeverre de interventies bewezen effectief zijn.

Hieruit blijkt dat de interventies zowel voor familieleden als voor cliënten een meerwaarde hebben. Vaak wordt genoemd dat het contact tussen cliënten en familieleden door de interventie verbetert en dat er meer gecommuniceerd wordt. Ook krijgen sommige cliënten meer zelfvertrouwen en meer ruimte om eigen keuzes te maken en zichzelf te ontwikkelen. De volgende interventies zijn bewezen effectief (overgenomen uit Van Erp e.a., 2009):

- *Psycho-educatie.* Het Landelijk Steunpunt Preventie van het Trimbos-instituut heeft in samenwerking met de familieorganisatie Ypsilon een gestandaardiseerd cursusaanbod Psycho-educatie voor familieleden ontwikkeld. Kernelementen van de cursus zijn interactieve kennisoverdracht, erkenning van last en lijden, empowerment, vergroten van draagkracht door het aanleren van vaardigheden en het bevorderen van onderlinge sociale steun.
- *Individuele gezinsondersteuning.* Het doel is het in gang zetten (of houden) van het rouwverwerkingsproces van familieleden en hen te leren omgaan met hun zieke familielid. Familieleden krijgen ondersteuning, leren steun te zoeken in hun familie of daarbuiten (steungroepen), worden getraind in coping- en probleemoplossende vaardigheden en leren om hun verwachtingen bij te stellen en realistische doelen te stellen.
- *Multifamily Group.* Per cliënt nemen een aantal familieleden deel en er worden meerdere gezinnen tegelijkertijd ondersteund. Er wordt Psycho-educatie gegeven aan zowel familieleden als cliënten. Bovendien worden de vaardigheden van cliënten gestimuleerd, doordat ze zien hoe 'gezonde' mensen met elkaar communiceren en problemen oplossen. Het doel is dat de gezinnen zich door hun toegenomen kennis minder belast voelen, dat zij gemakkelijker tot een oplossing kunnen komen in probleemsituaties, en dat zij leren aandacht te hebben voor hun eigen leven (werk en hobby's).

Bronnen

- Erp, N., Place, C., & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGz. Deel 1: Interventies. Publicatie Monitor Langdurige GGz.* Utrecht: Trimbos-instituut. Te bestellen via www.trimbos.nl

Project Familie als bondgenoot

Doel

Het doel van het project is om ervaringskennis van familieleden van mensen met ernstige psychiatrische problematiek, praktijkkennis van hulpverleners en recente wetenschappelijke inzichten te bundelen, om in de hulpverlening familieleden beter te kunnen ondersteunen en hun deskundigheid te kunnen inzetten voor het herstelproces van de cliënt.

Toelichting en werkwijze

Het Brabantse project Familie als bondgenoot is een samenwerking tussen familieverenigingen in Helmond, Eindhoven en Tilburg, cliënten en professionals van de plaatselijke ggz-instellingen, de Fontys Hogeschool en de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. In het project werken familieleden, cliënten en professionals samen aan de ontwikkeling van een lesmodule voor hulpverleners om beter met familieleden van ggz-clieënten om te gaan.

Inmiddels wordt lesgegeven in twee onderwijsmodules. De eerste module behandelt de ervaringen van een gezin op het moment dat duidelijk wordt dat een gezinslid een ernstige psychiatrische ziekte heeft. De tweede module gaat in op veranderende taken, rollen en verhoudingen binnen gezinnen ten gevolge van psychiatrische problemen bij een gezinslid. Nieuwe modules zijn in ontwikkeling.

Bronnen

- www.familiealsbondgenoot.nl
- www.fontys.nl/socialestudies/familie.als.bondgenoot
- Faber, A. & Fox, H. (2008). Familie: partner in de zorg en bondgenoot van mensen met langdurige psychische problematiek. In: Plooy, A., Rooijen, S. van, & Weeghel, J. van (red.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*, 181-197. Amsterdam: SWP.

IV METHODIEKEN EN INTERVENTIES

Liberman Omgaan met sociale relaties en intimiteit

Doel

De module Omgaan met sociale relaties en intimiteit is een sociale vaardigheidstraining die deelnemers leert hoe ze zelfstandig contacten en relaties aan kunnen gaan en kunnen onderhouden op een voor henzelf en de ander bevredigende manier.

Toelichting en werkwijze

Deze trainingsmodule is net als de andere Liberman-modules bestemd voor mensen met psychiatrische aandoeningen. Daarnaast is deze module geschikt voor mensen met een (lichte) verstandelijke handicap. De module bestaat uit twee delen:

1. het aangaan en onderhouden van sociale relaties
2. het aangaan en onderhouden van intieme relaties

Beide delen zijn onderverdeeld in 4 vaardigheidsdomeinen.

Deel 1:

1. communicatievaardigheden
2. het aangaan van sociale relaties
3. sociale relaties onderhouden
4. beslissingen nemen

Deel 2:

1. praten over intimiteit
2. intimiteit met een ander: hoe werkt jouw zin?
3. intimiteit met een ander: hoe wil je dat ik het doe?
4. probleem oplossen

In elk van deze vaardigheidsdomeinen komen zeven leeractiviteiten aan de orde: inleiding op het vaardigheidsdomein, videodemonstraties en vraag-antwoordsessies; rollenspel; keuze van hulpmiddelen; probleemsituaties; praktische oefeningen; huiswerkopdracht.

Bronnen

- Het Centrum Opleidingen Langdurige & Complexe Zorg van de RINO Groep (www.rinogroep.nl) is licentiehouders van o.a. de Liberman modules en verzorgt ook trainingen op dit gebied. Via de website van de Rino groep kunnen verschillende artikelen gedownload worden.
- www.kenniscentrumrehabilitatie.nl
- Weeghel, J. van (2008). Sociale relaties. In: Plooy, A., Rooijen, S. van, & Weeghel, J. van (red.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*, 181-197. Amsterdam: SWP.

IRB Module Uitbreiden en verbeteren van je sociale netwerk

Doel

Het doel van deze module is om mensen op individuele basis te helpen hun persoonlijk netwerk te verbeteren. Er wordt alleen gewerkt aan relaties die de cliënt zelf wenst.

Toelichting en werkwijze

De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) is ontwikkeld door het Center for Psychiatric Rehabilitation van de universiteit van Boston en wordt in Nederland verspreid door Stichting Rehabilitatie '92.

De module *Uitbreiden en verbeteren van je sociale netwerk* kan gebruikt worden als cliënten klachten hebben over eenzaamheid, gebrek aan vriendschap en intimiteit of over problemen bij het onderhouden van bestaande contacten. Het materiaal bestaat uit een handleiding en werkbladen. De module is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Analyse en interpretatie van het sociale netwerk; dit gebeurt met behulp van het instrument 'netwerk in beeld'. Hieruit wordt duidelijk hoe het netwerk van de cliënt is samengesteld en of hij een wens tot verandering heeft of een wens om bestaande contacten te behouden en te verbeteren.
- Benoemen van specifieke doelen door de cliënt; dit is iets anders dan het aangeven van een wens. Om een wens te realiseren moet iemand concrete doelen stellen die de beste kans geven dat de wens uitkomt (bv. 'Ik wil de komende maanden als lid van wandelvereniging X vier wandelingen meemaken om nieuwe mensen te leren kennen').
- Vaardigheids- en hulpbronnendiagnostiek; de cliënt brengt samen met zijn begeleider in kaart welke activiteiten, vaardigheden en hulpbronnen hij nodig heeft om het doel te bereiken of te behouden. Het kan gaan om praktische vaardigheden (bv. strippenkaart gebruiken), verstandelijke vaardigheden (een menu samenstellen) of emotionele vaardigheden (praten over persoonlijke onderwerpen). Hulpbronnen zijn mensen, plaatsen, activiteiten of dingen die iemand nodig heeft om een doel te bereiken of te behouden (bv. geld om te reizen).
- Vaardigheids- en hulpbronneninterventies; er wordt gewerkt aan het leren van vaardigheden die de persoon nodig heeft en het verkrijgen en gebruiken van de benodigde hulpbronnen.

Bronnen

- Dröes, J. (2008). Sociale contacten en familierelaties. In: Korevaar, L. & Dröes, J. (red.), *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*, 237-252. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Weeghel, J. van (2008). Sociale relaties. In: Plooy, A., Rooijen, S. van, & Weeghel, J. van (red.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*, 181-197. Amsterdam: SWP.
- Stichting Rehabilitatie '92 (www.rehabilitatie92.nl) is een landelijk opererend bij- en nascholingsinstituut dat zich bezig houdt met het verzorgen van trainingen en consultatie op het gebied van Rehabilitatie.

Cursus Vriendschap in beweging

Doel

Bewustwording bij cliënten over wat zij zelf als vriend of vriendin kunnen en willen bijdragen aan een relatie.

Toelichting en werkwijze

De Regionale Cliëntenorganisatie (RCO) De Hoofdzaak locatie Hoorn heeft de cursus "Vriendschap in Beweging" ontwikkeld voor mensen met psychische problemen. Het is een laagdrempelige cursus waarin deelnemers zich bezighouden met het beeld dat zij hebben van vriendschappen. Er worden handvatten aangereikt waarmee cursisten doeltreffender en zelfbewuster hun eigen rol als vriend of vriendin kunnen innemen. Zij leren genuanceerder te kijken naar menselijke relaties en inventariseren hun huidige sociale contacten.

De cursus is bedoeld voor mensen die hun vaardigheden voor het aangaan van vriendschappen willen vergroten. Cursisten worden aangespoord bevredigender menselijke relaties aan te gaan en bestaande contacten te verdiepen of uit te bouwen.

Onderwerpen die aan bod komen, zijn onder andere:

- Definities. Wat verstaat de cursist onder vriendschap en wanneer is het een relatie?
- Inventarisatie van voor- en nadelen van alleen zijn en van vriendschap.
- Afstemming tussen persoonlijke verwachtingen en doelstellingen van deze cursus.
- Bepalen wat de cursist zelf nodig heeft om een vriendschap te kunnen aangaan.
- Onderkennen en verwoorden van de oorzaken waarom vriendschappen tot nu toe onvoldoende uit de verf kwamen.
- Nadenken over hoe men vriendschappen kan sluiten.
- Bewustwording van criteria waaraan vriendschap voor de cursist moet voldoen en wat hij of zij hierin te bieden heeft.
- Verkennen van eigen grenzen binnen vriendschap.
- Een creatieve, symbolische afronding om een nieuwe of hernieuwde start te maken.

RCO De Hoofdzaak is een cliëntenorganisatie die zich richt op participatie en belangenbehartiging van mensen met een (ernstige) psychische aandoening. Het is een cliëntgestuurde stichting die werkt in de regio's Midden-Kennemerland, Noord-Kennemerland, Kop van Noord-Holland, West-Friesland en Zaanstreek Waterland. De cursus wordt gegeven door ervaringsdeskundige medewerkers van RCO De Hoofdzaak.

Bronnen

- www.rcodehoofdzaak.org

V ANTISTIGMA EN VERMAATSCHAPPELIJKING

Kwartiermaken

Doel

Integratie in de maatschappij bevorderen van mensen met een psychische beperking.

Toelichting en werkwijze

Kwartiermaken is het bevorderen van een maatschappelijk klimaat waarin meer mogelijkheden ontstaan voor mensen met een psychiatrische achtergrond om erbij te horen naar eigen wens en mogelijkheden. Het uitgangspunt is dat de samenleving (ook) moeite moet doen: door zich open te stellen voor 'de ander', is integratie mogelijk. Onder de vlag van Kwartiermaken zijn diverse initiatieven ontplooid, bv. de kwartiermakersfestivals, landelijke manifestaties en het aanstellen van kwartiermakers bij GGZ-instellingen.

Enkele voorbeelden van kwartiermakersprojecten:

- 'Bijzondere Bemiddeling' (Maatje ter plaatse) van REAKT en MOOI in Zoetermeer. Doel is het zorg dragen voor een gastvrije ontvangst van cliënten in het vrijwilligerswerk en bij dagbestedingactiviteiten buiten de GGZ.
- 'Onze Buren' van verschillende organisaties in Dordrecht (o.a. De Grote Rivieren). De opzet is om cliënten van GGZ De Grote Rivieren de mogelijkheid te bieden zelfstandig te gaan functioneren. Daarvoor zijn een aantal faciliteiten gecreëerd in de buurt.
- 'Samen in de wijk' van GGZ Noord-Holland-Noord. Het project bevordert sociale contacten tussen psychiatrisch gehandicapten en hun buurtgenoten.

Bronnen

- Gerda Scholtens, expert bij Zorg voor Beter en betrokken bij het project 'Bijzondere Bemiddeling'.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond (proefschrift)*. Amsterdam: Boom.
- Michon, H. (2006). *Quickscan Eenzaamheid. Inventarisatie 'voorbeeldpraktijken' in het opheffen van eenzaamheid bij mensen met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Plooy, A. & Boon, S. (2008). Het probleem van de bestrijding van stigma – onderzoek en praktijken. In: Plooy, A., Rooijen, S. van, & Weeghel, J. van (red.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*, 209-219. Amsterdam: SWP.
- Scholtens, G. (2007). *Acht keer kwartiermaken. Een verkennend onderzoek naar de methodische aspecten van kwartiermaken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- www.kwartiermaken.nl
- Verschure, K., Boer, F. de, Overduin, P. & Kroon, H. (2004). *Onze burens: vorm geven aan een maatschappelijk steunsysteem*. Amsterdam: SWP.

Maatschappelijke Steunsystemen (MSS)

Doel

Door middel van een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen, ondersteuning bieden aan mensen met langdurige psychische problemen, zodat zij zo zelfstandig mogelijk kunnen participeren in de samenleving.

Toelichting en werkwijze

Maatschappelijke steunsystemen zijn "verbanden waarin geestelijke gezondheidszorg en andere hulp- en dienstverleners samen met belangenbehartigers, familie en lotgenoten rond individuele cliënten of groepen samenwerken om mensen met beperkingen te helpen in de maatschappij staande te blijven." (Korevaar & Dröes, 2008). Het gaat hierbij niet om een hulpverleningstechniek, maar om een organisatiemodel.

Standaardelementen van een regionaal maatschappelijk steunsysteem zijn (Mos & Van Weeghel, 1999):

Doelgroep vaststellen en bereiken:

- a. methoden om (potentiële) patiënten te identificeren
- b. strategieën om met hen in contact te komen (outreaching)

Zorgverlening in brede zin:

- c. psychiatrische en psychotherapeutische behandeling
- d. (somatische) gezondheidszorg
- e. thuiszorg, crisisopvang en opnamefaciliteiten

Ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren:

- f. vormen van huisvesting en woonbegeleiding
- g. ondersteuning bij het verwerven van een inkomen
- h. contact met en ondersteuning van lotgenoten
- i. rehabilitatieprogramma's voor patiënten op verschillende levensgebieden
- j. ondersteuning aan familieleden en anderen uit de omgeving van de patiënt

Randvoorwaarden en coördinatie:

- k. bescherming, belangenbehartiging, klachtenprocedures
- l. casemanagement op individueel niveau
- m. afstemming van verschillende elementen op programmaniveau

In zo'n tien steden is men momenteel bezig met een MSS, onder andere in Utrecht, Leiden, Den Haag, Rotterdam, verschillende stadsdelen in Amsterdam, Eindhoven, Breda, Oosterhout en Zwolle.

Een goed voorbeeld is het MSS in Utrecht. Utrechtse ggz-instellingen bouwen vanaf 2000 samen met cliëntvertegenwoordigers en maatschappelijke instellingen aan een MSS voor mensen met ernstige psychische beperkingen. De speerpunten waren: 1) laagdrempelige (wijkgerichte) ontmoetingsmogelijkheden; 2) begeleid leren en begeleid (vrijwilligers)werk; 3) gevarieerde woonmogelijkheden met ambulante ondersteuning; 4) op rehabilitatie gerichte hulpverlening; 5) informatie en praktische ondersteuning. Vijf jaar na de start van het MSS zijn op alle speerpunten concrete verbeteringen tot stand gebracht. Het aantal woonmogelijkheden en de variatie in woon-zorgcombinaties zijn bijvoorbeeld sterk toegenomen (speerpunt 3).

In Eindhoven en randgemeenten loopt ook een groot zorgvernieuwingsproject Maatschappelijke Steunsystemen, waarin kwartiermaken en de inzet van ervaringsdeskundigheid worden gecombineerd in een wijk/dorpgerichte benadering. Het gewenste resultaat is dat ieder van de deelnemende cliënten beschikt over een ondersteunend netwerk (persoonlijk steunstelsel) en zich hiermee naar eigen tevredenheid in de wijk kan redden en kan meedoen in de maatschappij. Het project heeft goede resultaten behaald. De aanpak blijkt met name goed te werken om laagdrempelig contact te leggen met de doelgroep, hen op elkaar te betrekken en te activeren.

Bronnen

- Dröes, J. & Weeghel, J. van (2008). Maatschappelijke steunsystemen, Assertive Community Treatment en rehabilitatie. In: Korevaar, L. & Dröes, J. (red.), *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*, 169-183. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Swildens, W., Graaff, I. de, Blom, A., & Weeghel, J. van (2008). Maatschappelijke steunsystemen; tussen zorg en samenleving. In: Plooy, A., Rooijen, S. van, & Weeghel, J. van (red.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*, 101-115. Amsterdam: SWP.
- www.socialekaartutrecht.nl; product van MSS Utrecht: website met sociale kaart voor cliënten en professionele hulp- en dienstverleners, waarin een compleet overzicht wordt gegeven van ggz-aanbod en maatschappelijke voorzieningen op de MSS-speerpunten.
- Bergen, A. van, & Sok, K. (2008). *Buitengewoon: kwartiermaken en ervaringsdeskundigheid in maatschappelijke steunsystemen. Beschrijving zorgvernieuwingsproject in Eindhoven en randgemeenten*. Utrecht: Movisie.
- www.mssdenhaag.nl

Wijkgerichte ontmoetingsmogelijkheden

Doel

Het bevorderen van sociale contacten tussen de buurtbewoners en mensen met psychiatrische problematiek.

Toelichting en werkwijze

Onder een MSS of buurtmakersproject vallen vaak ook wijkgerichte ontmoetingsmogelijkheden. Zo is in het kader van het Utrechtse MSS in een lokaal buurthuis het ontmoetingsproject De Rode Loper opgezet. Hier worden twee keer per week activiteiten en maaltijden georganiseerd voor 'kwetsbare' wijkbewoners.

Een ander voorbeeld is 'De Werkplaats', onderdeel van het project 'Onze Buren', een samenwerking tussen verschillende organisaties in de Vogelbuurt in Dordrecht (o.a. GGZ De Grote Rivieren). De Werkplaats is te beschouwen als een buurthuis 'nieuwe stijl'. Er werken zowel vrijwilligers die geen als die wel cliënt zijn van de ggz, samen met één beroepskracht. Vanuit De Werkplaats wordt praktische hulp verleend aan drie omliggende wijken. Daarnaast heeft De Werkplaats een inloopfunctie voor omwonenden, helpt men mee met het organiseren van buurtfeesten en wordt jaarlijks een rommelmarkt gehouden voor de wijk.

Bronnen

- Michon, H. (2006). *Quickscan Eenzaamheid. Inventarisatie 'voorbeeldpraktijken' in het opheffen van eenzaamheid bij mensen met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Plooy, A. & Boon, S. (2008). Het probleem van de bestrijding van stigma – onderzoek en praktijken. In: Plooy, A., Rooijen, S. van, & Weeghel, J. van (red.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*, 209-219. Amsterdam: SWP.

VI MEETINSTRUMENTEN

EENZAAMHEIDSSCHAAL

Doel

De Eenzaamheidsschaal (Loneliness scale) van De Jong Gierveld en Van Tilburg (1999) meet de gevoelens van eenzaamheid. Door de lijst op meerdere momenten af te nemen bij een groep mensen kan in kaart gebracht worden in welke mate de eenzaamheid verandert in de loop van het verbetertraject.

Toelichting en werkwijze

De Eenzaamheidsschaal bestaat uit elf items, waarvan er zes negatief geformuleerd zijn en vijf positief. De items zijn door de bedenkers geselecteerd uit de "uitspraken van een groot aantal mensen met wie eerder over hun situatie is gesproken".

De schaal meet twee dimensies, te weten: emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Van Tilburg en De Jong Gierveld (2007) omschrijven deze begrippen als volgt: "Emotionele eenzaamheid ontstaat bij het subjectief ervaren van een sterk gemis rond de afwezigheid van een intieme relatie, een emotioneel hechte band met [bijvoorbeeld] een partner of een [...]vriend(in)". [...] Sociale eenzaamheid is gekoppeld aan het subjectief ervaren gemis van betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen om je heen, zoals kennissen, collega's, buurtgenoten, mensen met dezelfde belangstelling [...]" (pg. 14).

De lijst is voldoende getest voor verantwoord gebruik in wetenschappelijk onderzoek. Het is niet bekend of de lijst ook toepasbaar is voor het bepalen van de mate van eenzaamheid van afzonderlijke personen. De auteurs stellen daarom dat scores niet gebruikt mogen worden om iemands *persoonlijke* eenzaamheid vast te stellen; het gaat om afname op groepsniveau en dus om uitspraken over gemiddelde scores.

Wel denken wij dat de vragenlijst ook een goede ingang biedt om met cliënten een gesprek op gang te brengen over hun persoonlijke behoeftes en wensen. Benut die kans! Ondersteun de cliënt bij het invullen van de vragenlijst en maak ruimte voor een gesprek.

Bronnen

- Meten in Verbetertraject Herstel & Sociale Participatie. Instructie bij de Eenzaamheidslijst. Trimbos-instituut (te vinden op het extranet van www.zorgvoorbeter.nl).
- Jong Gierveld, J. de & Tilburg, T.G. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Tilburg, T.G. van & Jong Gierveld, J. de (2007). *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

KWALITATIEF METEN

Doel

Op individueel niveau zowel grote als kleine veranderingen met betrekking tot sociale contacten in kaart brengen.

Toelichting en werkwijze

Netwerkcirkel

De netwerkcirkel wordt eerder in deze handreiking beschreven (zie hoofdstuk I). Deze methode is primair bedoeld om het sociaal netwerk van cliënten in kaart te brengen, maar kan ook gebruikt worden als meetinstrument. Door op verschillende momenten de netwerkcirkel opnieuw met de cliënt te bekijken en veranderingen te registreren, kan gemeten worden in hoeverre het netwerk verandert in de loop van het verbetertraject. Het is belangrijk om naar aanleiding van de netwerkcirkel ook vragen te stellen over de aard en frequentie van het contact.

Individuele verhalen

Op gestructureerde wijze kan van cliënten die deelnemen aan het verbetertraject een individueel verhaal (logboek) worden bijgehouden van wat er ondernomen is en wat het resultaat was. Hierdoor wordt inzichtelijk wat het verhaal is achter de cijfers en gaat het verbetertraject meer leven. Bij het invullen van de netwerkcirkel zal een cliënt bijvoorbeeld vertellen met wie hij veel contact heeft, hoe tevreden hij is met dat contact en of hij iemand vaker zou willen zien. Dit soort informatie wordt vastgelegd in een 'verhaal'. Vervolgens wordt er geëxperimenteerd met 'verbeteracties' en daardoor zal de cliënt bij vervolgesprekken het verhaal kunnen aanvullen. Wat is geprobeerd? Wat was het belangrijkste? Het vrolijkste of juist het moeilijkste? Welke onverwachte dingen kwam je tegen?

Registreer vooral mooie verhalen en positieve gebeurtenissen. Voor de meting, maar ook om anderen enthousiast te maken. Houd het concreet, maar schrijf ook op wat treffend was. Als er dingen gezegd zijn die zich goed lenen voor latere evaluatie, omschrijf ze dan zo concreet mogelijk (bv. '.. wil graag het contact met zijn oom Ferdinand herstellen en zou hem willen uitnodigen voor een gezamenlijke wandeling' i.p.v. '.. wil meer contact met familie').

In het verhaal staat centraal wat de cliënt bereikt heeft. Houdt het verhaal kort (ongeveer half A4) en volg daarin onderstaande hoofdrubrieken:

1. wens cliënt, doel actie
2. wie deed wat om wens te realiseren
3. wat zijn resultaten/ uitkomsten tot nu toe
4. welke ervaringen deed je op (selectie!)
5. wat heb je ervan geleerd
6. wat zijn eventuele nieuwe plannen rond cliënt?

Bronnen

- Meten in Verbetertraject Herstel & Sociale Participatie. Instructie bij Individuele verhalen (te vinden op het extranet van www.zorgvoorbeter.nl).

VII VOORBEELDEN UIT DE VERBETERTRAJECTEN

Gedurende de twee rondes van het Verbetertraject Sociale Participatie zijn verschillende inspirerende projecten tot stand gebracht. Sommige goede voorbeelden maakten deel uit van een groter project en zijn daarom al eerder aan bod gekomen in deze 'toolkit', zoals de Netwerktafel van GGZ NHN en het MSS van Eindhoven en randgemeenten. In dit hoofdstuk worden nog twee andere voorbeelden uitgelicht.

Training Buurtgericht werken, Stichting Pergamijn

Doel

Meer bekendheid en richting geven aan het 'buurtgericht werken' bij medewerkers.

Toelichting en werkwijze

Stichting Pergamijn is een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking in Midden- en Zuid-Limburg. In het Verbetertraject Sociale Participatie heeft het verbetersteam onder meer een training ontwikkeld voor medewerkers over buurtgericht werken.

Met de training worden vier doelen nagestreefd:

1. Medewerkers hebben hetzelfde beeld van de inhoud van het begrip buurtgericht werken en kunnen dat in hun eigen bewoordingen uitleggen.
2. Medewerkers hebben inzicht in de methodische aanpak van buurtgericht werken en beschikken over voldoende handvatten om deze aanpak zelf te kunnen toepassen.
3. Medewerkers kunnen hun eigen leerdoelen formuleren en aangeven waar zij ondersteuning bij nodig hebben en door wie. Zij kunnen gebruikmaken van de kwaliteiten van teamgenoten.
4. Het team heeft een concreet actieplan gemaakt hoe verder om te gaan met buurtgericht werken.

De training duurt ongeveer 2,5 uur en na een half jaar is er een follow-up bijeenkomst waarin geëvalueerd wordt. Het is de bedoeling dat het hele team (incl. leidinggevende) aanwezig is. In de training wordt stilgestaan bij de methodische aanpak van buurtgericht werken, het in kaart brengen van de omgeving en het halen en brengen in de buurt (dus ook: wat hebben onze cliënten bij te dragen aan de buurt?). Het resultaat van de bijeenkomst is een concreet actieplan voor buurtgericht werken.

In het verbetertraject heeft het Buurtgericht werken van Stichting Pergamijn geleid tot allerlei verbeteringen, van zelf broodjes halen bij de bakker tot het doen van vrijwilligerswerk en de oprichting van een platform sociale netwerken, waarin diverse disciplines, cliënten en ouders zitting hebben.

Bronnen

- www.zorgvoorbeter.nl; extranet Sociale Participatie

Community Support

Doel

De sociale netwerken van mensen met beperkingen te verbeteren, zodat deze mensen meer steun uit hun eigen omgeving ervaren en de professionele hulpverleners zoveel mogelijk overbodig worden.

Toelichting en werkwijze

Community Support biedt ambulante ondersteuning aan mensen met complexe, meervoudige problemen. Bij de meeste cliënten is er sprake van psychiatrische problematiek en/of een licht verstandelijke handicap. De ondersteuning wordt veelal aan gezinnen geboden. Community Support is werkzaam in de provincies Groningen, Friesland, Drenthe, Overijssel, Flevoland en Gelderland. De kern van de methode Community Support bestaat uit het opbouwen, verstevigen of verbeteren van het sociale netwerk rond een persoon, om vervolgens vanuit dit netwerk steun te mobiliseren.

In het Verbetertraject Sociale Participatie heeft Community Support met 25 cliënten hun sociaal netwerk in kaart gebracht en hen gevolgd gedurende het verbetertraject. Tegelijkertijd is er bij alle cliënten (ongeveer 250) meer aandacht geschonken aan het verbeteren van de sociale participatie. Dit hebben zij onder meer gedaan door:

- Meer aandacht te schenken aan netwerkverbetering in trainingsochtenden, intervisie en supervisie voor alle medewerkers.
- Meer gestructureerd werken aan de doelen van cliënten door te werken aan de hand van de PDSA-cyclus.
- Instructie ontwikkelen voor netwerkanalyse en het schrijven van plannen.
- Cliënten zelf ook de mogelijkheid aanbieden om mee te lezen en/of te schrijven in het digitale cliëntvolgsysteem.
- Sneller na start hulpverlening een bijeenkomst te organiseren met het eigen netwerk van de cliënt (binnen 2 weken).
- Meer nadruk te leggen op successen.
- Veranderingen van procedures; voordat bepaald wordt hoeveel uren ondersteuning ingezet kan worden, wordt eerst gekeken wie vanuit het netwerk kan ondersteunen.

Deze verbeteracties hebben geleid tot goede resultaten, zowel op cliëntniveau als op procesniveau. Het merendeel van de cliënten geeft aan dat zijn/haar netwerk in positieve zin is veranderd door deelname aan het verbetertraject.

Bronnen

- www.zorgvoorbeter.nl; extranet Sociale Participatie
- www.communitysupport.nl

VIII (AUDIO)VISUEEL MATERIAAL

Vershillende deelnemende teams hebben gedurende het verbetertraject Sociale Participatie een filmpje gemaakt over hun project:

- De Prinsenstichting, over afname van de netwerkcirkel;
- GGZ Noord-Holland-Noord, over de Netwerktafel (zie hst I voor een beschrijving van deze methode);
- De Lichtenvoorde (VG-instelling), over themacafés die zij regelmatig organiseren voor cliënten. Deze keer was het thema: intimiteit, lichaamsbeleving en seksualiteit. Uitgezonden op Omroep Gelderland (te vinden via uitzending gemist).

Verder is er een kwartetspel ontwikkeld door GGZ Noord-Holland-Noord:

- Het kwartetspel is ontwikkeld door de projectgroep Individueel Sociaal Netwerken om cliënten op een ludieke manier te informeren over hun project. In het spel zijn begrippen opgenomen die te maken hebben met sociale participatie en herstel, zoals 'mogelijkheden in de maatschappij', 'vertrouwen' en 'eigen kracht'. Het spel zou gebruikt kunnen worden om cliënten met deze begrippen bekend te maken of om het gesprek hierover op gang te brengen. Het kwartetspel is te verkrijgen bij GGZ Noord-Holland-Noord via Henk-Willem Klaassen (hw.klaassen@ggz-nhn.nl).