

Raakt het u?

Herstel en ervaringsdeskundigheid in de GGZ



Hilko Timmer

Lectoraat Rehabilitatie
Hanzehogeschool Groningen

Copyright © 2009 Hanzehogeschool Groningen / Lectoraat Rehabilitatie

Correspondentie: a.h.timmer@pl.hanze.nl
e.l.korevaar@pl.hanze.nl

CIP-GEGEVENS, KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Timmer, A.H.

Raakt het u? Herstel en ervaringsdeskundigheid in de GGz.
Groningen: Hanzehogeschool Groningen / Lectoraat Rehabilitatie.

ISBN:
NUR 740

Trefw.: herstel, ervaringsdeskundigheid, rehabilitatie

Druk: CV de Volharding UA, Groningen

Inhoudsopgave

Voorwoord	pag. 7
1 Inleiding en projectbeschrijving	pag. 9
Community of Practice	pag. 11
CoP herstelondersteunende Zorg	pag. 12
CoP ervaringsdeskundigheid	pag. 14
Organisatie van het project	pag. 17
2 De deelnemende Instellingen	pag. 21
HEE (Trimbos instituut)	pag. 21
GGz Drenthe	pag. 23
RIBW Drenthe	pag. 24
Ggz Friesland	pag. 25
Lentis Groningen	pag. 27
Hanzehogeschool Groningen	pag. 29
3 Ervaringsdeskundigheid	pag. 31
Wat is ervaringsdeskundigheid ?	pag. 31
Toegevoegde waarde	pag. 35
Empowerment	pag. 37
Deskundigheid in herstel	pag. 38
Sensitivity	pag. 39
Criticasting	pag. 41
Wat doe je met eigen ervaringen ?	pag. 42
4 Herstelondersteunende Zorg	pag. 43
Wat maakt zorg herstelondersteunend ?	pag. 45
Meetinstrumenten	pag. 49
Herstelondersteuning in het onderwijs	pag. 51

5 Implementatie	pag. 57
Herstel en ervaringsdeskundigheid horen bij elkaar	pag. 57
Start in projectvorm	pag. 58
Maak de cliënten enthousiast	pag. 59
Erken de cliënt als deskundige	pag. 60
Nothing about us without us	pag. 61
Neem meer dan één ervaringsdeskundige aan	pag. 62
Verwacht geen vandaag op morgen verandering	pag. 62
Opgelegd of van onder naar boven ?	pag. 63
Tot slot	pag. 63
6 Evaluatie van de werkvorm CoP	pag. 65
Geraadpleegde bronnen	pag. 69
Bijlagen	pag. 71
ROPI	pag. 71
ROSI	pag. 81
Stellingen over herstel	pag. 89

Voorwoord

Het lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen initieerde in 2007 het Innovatieprogramma “Herstel en Rehabilitatie in de GGz”. Het vond daarbij de GGz in de drie noordelijke provincies van het land als partner met toevoeging van HEE vanuit het Trimbos-instituut. In twee Communities of Practice werden de thema’s “Ervaringsdeskundigheid” en “Herstelondersteunende zorg” aan de orde gesteld. Gediscussieerd werd tussen alle belanghebbenden: het onderwijs met studenten en docenten, de GGz-instellingen met hulpverleners en al dan niet ervaringsdeskundige cliënten.

Achterom kijken is gemakkelijker dan vooruitzien, maar het staat buiten kijf dat de twee jaren die dit project in beslag nam ook twee bijzondere jaren waren op beide discussiegebieden.

Ervaringsdeskundigheid verschoof meer en meer naar de praktijk van de GGz, met name door een groeiende inzet van ervaringsdeskundigen binnen de GGz praktijk. Opleidingen ontstonden her en der in het land en ook in Groningen om een antwoord te geven op de vraag bij cliënten om geschoold te worden als ervaringsdeskundige. Als klap op de vuurpijl werd Wilma Boevink benoemd tot Lector HEE (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) aan de Hanzehogeschool.

Tegelijkertijd zien we een groeiende belangstelling voor herstelondersteunende zorg. Zeker met het geleidelijk tot stand komen van het visierrapport “Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap” van GGz Nederland is aan de GGz een menselijk gezicht gegeven voor mensen die langdurige zorg nodig hebben. Dit terwijl de sterke verzakelijking in deze sector steeds minder ruimte biedt aan dergelijke brede doelstellingen.

De discussies over “Ervaringsdeskundigheid” en “Herstelondersteunende Zorg” in dit project konden eigenlijk niet beter begeleid worden dan in deze twee jaren, waarin de brede, landelijke aandacht voor beide thema’s zich volop liet gelden.

Het project is gefinancierd door RAAK/SIA, waarvoor onze dank.

Met dit boekwerk doen wij verslag en bieden wij u de resultaten aan van de zoektocht die beide Communities of Practice hebben ondernomen, gesteund door begeleid onderzoek door studenten van de Hanzehogeschool.

Groningen, juni 2009

Rob Versteden (projectleider)

1 Inleiding en projectbeschrijving

De aanleiding van dit project komt voort uit een daartoe gevoelde noodzaak en gezamenlijke verantwoordelijkheid van de participerende organisaties in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) in Noord Nederland voor een zo goed mogelijke kwaliteit van hulpverlening ten behoeve van mensen met een psychische handicap in de drie Noordelijke provincies. Herstel en rehabilitatie zijn hierbij de centrale begrippen. De hulpverlening aan mensen met psychische problemen was en is in de geestelijke gezondheidszorg vooral gericht op behandeling. Wat als de psychische problemen niet of maar ten dele te genezen zijn? In dit verband is de laatste jaren het begrip herstel in toenemende mate populair geworden. Herstel staat voor het persoonlijke proces van het ontwikkelen van nieuwe zin, betekenis en gezondheid na een periode van ernstige psychische ontregeling. Herstel is niet hetzelfde als genezing. Integendeel, herstel begint met de acceptatie dat de aandoening of symptomen daarvan langdurig zo niet blijvend zijn. Ook wanneer bepaalde symptomen van de aandoening hardnekkig blijven bestaan kan de persoon toch weer greep op zijn of haar leven krijgen en de ziekte daarin een hanteerbare plaats geven. Het belangrijkste vehikel van herstel is het herstelverhaal. Het maken van het eigen herstelverhaal (of meerdere herstelverhalen) en dit (of deze) delen met anderen is een vitaal onderdeel van het herstelproces.

Herstel is een uniek, individueel en persoonlijk proces. Dit wil zeggen dat iemand niet door een ander 'hersteld' kan worden. Anderen kunnen het persoonlijke herstelproces faciliteren en ondersteunen, ze kunnen het niet uitvoeren. Dat is in feite een 'contradictio in terminus'.

Voor de beroepspraktijk van de professionals betekent dit een omslag in het denken en handelen.

Professionals worden geconfronteerd met vragen waarop het antwoord niet altijd voor handen is, zoals:

- Wat is herstelondersteunende zorg en wat is het verschil met de traditionele zorg?
- Hoe herken en ondersteun ik de eigen kracht van cliënten?
- Hoe staat het met het omgaan met vertrouwelijke informatie door (ex)cliënten als ervaringsdeskundige collega?
- Hoe stigmatiserend zijn we zelf als professional ten opzichte van mensen met psychische handicaps/cliënten?
- Wat weten we zelf van het verloop van psychische aandoeningen?
- Wat kan rehabilitatie bijdragen aan het herstelproces van cliënten?
- Wat kunnen andere hulpverleningsvormen bijdragen aan het herstelproces van mensen met psychische handicaps?

Herstel is altijd verbonden met empowerment en ervaringsdeskundigheid. Zelf weer greep op het leven krijgen vraagt om empowerment. Empowerment staat voor het weer “macht”over jezelf en je directe omgeving hebben.

Ervaringsdeskundigheid heeft hiermee te maken omdat de kennis en inzichten die mensen opdoen tijdens hun herstelproces serieus genomen moeten worden. Niet zelden wordt ervaringsdeskundigheid gezien als inferieur aan objectieve “wetenschappelijke” kennis. Vanuit de herstelbeweging wordt gesteld dat de objectieve (objectiverende) wetenschap van weinig waarde is als het gaat om het begrijpen van unieke individuele (subjectieve) processen als herstel. In de herstelbeweging stelt men dat ervaringskennis volwaardige kennis is die verwoord moet worden, gedeeld met anderen en gevat in een intersubjectief gedeeld “wij”-verhaal.

Community of Practice (CoP)

Een CoP bestaat uit een groep mensen die een bepaald doel of bepaalde interesse delen en die door samenwerking, het uitwisselen en verbinden van ervaringen en kennis tot gedeelde en/of nieuwe inzichten proberen komen. CoP's krijgen geen opdrachten, maar zijn hun eigen opdrachtgevers. De leden stellen zich opener en kwetsbaarder op ten opzichte van elkaar dan bijvoorbeeld in een projectgroep het geval is. Zelforganisatie en vrijwilligheid vormen de basis van de activiteiten en CoP's blijven dan ook bestaan zolang de CoP vernieuwing stimuleert.

De aanleiding voor het starten van een Community of Practice is een belangrijke en gedeelde vraag uit de praktijk. De CoP's worden divers samengesteld, waardoor deelnemers in aanraking komen met verschillende gezichtspunten en multidisciplinaire visies kunnen worden ontwikkeld.

In dit innovatieprogramma zijn twee CoP's samengesteld die gekoppeld zijn aan de twee thema's:

herstelondersteunende zorg en ervaringsdeskundigheid.

In de twee Communities of Practice binnen dit programma werken professionals, afkomstig uit GGz-organisaties, kennisinstellingen en ervaringsdeskundige (ex)cliënten samen aan verbetering en vernieuwing in en vanuit de praktijk van GGz. Elke CoP start met het verzamelen en verkennen van praktijkvragen gerelateerd aan het betreffende thema. Op basis van de vraagverkenning wordt vervolgens een *leeragenda* met concrete projecten opgesteld, waarmee de deelnemers van de CoP aan het werk gaan. Deze projecten kunnen gevarieerd zijn, maar richten zich altijd op het doel van de CoP: ontwikkeling en innovatie van organisatie, werkwijze, methodieken en deskundigheidsbevordering met het oog op een herstel georiënteerde GGz-organisatie. Resultaten en uitkomsten van de projecten zullen uiteindelijk worden geïntroduceerd bij de organisaties op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, overheden en brancheorganisaties. Door het schriftelijk vastleggen van de resultaten en het organiseren van bijeenkomsten zullen uitkomsten tenslotte landelijk en internationaal voor het voetlicht worden gebracht.

Community of Practice: Herstelondersteunende zorg

Herstelondersteunende zorg en rehabilitatie vragen andere taakopvattingen en werkwijzen van professionals in een GGz-instelling. Zij moeten hun - door de jaren binnen instituties gekleurde - denkmodellen en vanzelfsprekendheden gedeeltelijk loslaten en gezamenlijk een nieuw referentiekader opbouwen. Welke bijdragen kunnen professionals en ervaringsdeskundigen leveren aan de inhoudelijke (methodische) veranderingen en organisatieveranderingen voor herstelondersteunende zorg binnen de GGz. In deze community wordt vernieuwing op het gebied van professionaliteit, methodiek en organisatieontwikkeling aangebracht door de bijdragen van professionals aan herstelondersteunende zorg te verkennen en uit te werken.

De leeragenda

De CoP Herstelondersteunende zorg heeft de volgende punten op de leeragenda gezet:

- Definiëren van herstelondersteunende zorg
- Meten van het gehalte van herstelondersteuning binnen een instelling
- Aansluiting van de opleidingen in de zorg op herstelondersteuning
- Ontwerpen van een implementatieplan

Uitvoering van de leeragenda

De onderwerpen van de leeragenda stonden ter discussie aan de hand van concrete vraagstellingen. Zo werd er gevraagd naar welke initiatieven en projecten binnen de eigen instelling als herstelondersteunend konden worden aangemerkt en waarom. Ook is er veelvuldig gediscussieerd over welke veranderingen nodig zijn om van traditionele zorg herstelondersteunende zorg te maken. De discussies werden gevolgd door de onderzoeker die betrokken was bij het RAAK-project en die verwerkte de informatie zoveel mogelijk tot bruikbare kennis. Die kennis werd weer teruggekoppeld naar de leden van de CoP. De kennis kwam tot stand door middel van de verwerking van de bijdragen van de leden, maar ook door aanvullend onderzoek, mede uitgevoerd door studenten van de opleiding SPH.

Naast de discussies koppelden brachten de leden waar mogelijk de kennis in praktijk binnen hun eigen instelling. Daar kwam ook nieuwe kennis uit voort en ook die werd weer verwerkt in het onderzoek. Zo hebben de leden van de CoP binnen hun eigen instelling stellingen laten beoordelen over herstelondersteunende zorg, zowel door medewerkers als door cliënten.

Studenten SPH en de onderzoeker binnen het RAAK-project hebben naast het omzetten van discussie uitkomsten in kennis, onderzoek uitgevoerd naar de aanwezigheid van 'herstelcompetenties' binnen de opleiding SPH, de bestaande behoefte en aanwezigheid van herstelondersteuning binnen de instellingen en naar definities van herstelondersteunende zorg.

De resultaten van onderzoek werden steeds gekoppeld aan de uitkomsten van discussies en oefeningen die tijdens de CoP bijeenkomsten naar voren kwamen en zo werd de inhoud van dit boekwerkje gevormd. Kenniscirculatie is de belangrijkste doelstelling van elke CoP en aan die doelstelling is door deze CoP zeker voldaan met de nodige kennisproductie.

Community of Practice: Ervaringsdeskundigheid

De laatste jaren wordt er steeds meer een beroep gedaan op (ex)cliënten van de geestelijke gezondheidszorg om te participeren in activiteiten die direct dan wel indirect gerelateerd zijn aan zorg en welzijn. Deze activiteiten vinden plaats op zowel micro-, meso- als macroniveau. Voorbeelden van activiteiten waarin cliënten participeren, zijn:

Microniveau:

- cliënten als hulpverlener (b.v. in ACT-teams)
- telefonische hulp- en informatiediensten
- voorlichtingsbijeenkomsten
- zelfhulp- en lotgenotengroepen
- ondersteuning bij indicatiestelling en zorgeffectuering
- PGB-ondersteuning
- cliënten trainen cliënten
- cliënten trainen professionals
- HEE-programma's
- Trainingen: herstellen doe jezelf
- vriendendiensten
- afnemen van interviews, enquêtes etc.

Mesoniveau:

- cliëntenraden en -commissies
- zelfgestuurde projecten en zorggerelateerde projecten
- begeleidingscommissies en/of stuurgroepen van projecten
- cliënten en professionals partners in kwaliteitsverbetering
- consulentschappen (supportconsulent, migrantenconsulent, straatadvocaat)

Macroniveau:

- bestuurlijke overleggen (o.a. met raden van bestuur en lagere echelons van zorginstellingen, zorgverzekeraars en woningbouwcorporaties)
- adviesraden van gemeentelijke, provinciale en landelijke overheden
- kwaliteitsonderzoek vanuit cliëntenperspectief
- congressen, conferenties, symposia

Ervaringsdeskundigen zijn geen 'alternatieve' behandelaars, met een iets andere invalshoek. Ervaringsdeskundigen vormen niet in de eerste plaats een aanvulling op de door professionals geboden hulp of zorg. Ze bieden een andere deskundigheid, niet gericht op genezing of verzorging, maar gericht op herstel.

Ervaringsdeskundigen zijn niet in de eerste plaats deskundig op het gebied van (de behandeling van) een specifieke aandoening. Hun deskundigheid vindt zijn basis in de eigen unieke ervaring, in het eigen herstelproces, in de wederzijdse training en het vertellen en delen van herstelverhalen. Hun deskundigheid heeft betrekking op herstelondersteuning bij situatiegenoten, in ondersteuning van situatiegenoten in het vinden van een eigen weg in de hulpverlening, in het vinden van de eigen wijze van het overmeesteren van de aandoening of ziekte. Hun deskundigheid ligt bij het in gang zetten van empowerment. Hun deskundigheid heeft ook betrekking op hulp bij het leren hanteren van aangeboden hulp of zorg en van de mensen die deze zorg of hulp verlenen.

De inzet van ervaringsdeskundigen vraagt aanpassingen van de kant van professionals. Zij moeten hun - door de jaren binnen instituties gekleurde – denkmodellen en vanzelfsprekendheden (gedeeltelijk) loslaten en gezamenlijk een nieuw referentiekader opbouwen. Professionals zijn niet gewend om (ex)cliënten als collega te hebben. Ze vragen zich bijvoorbeeld af hoe er door ervaringsdeskundige collega's wordt omgegaan met vertrouwelijke informatie.

De leeragenda

De CoP Ervaringsdeskundigheid heeft de volgende punten op de leeragenda gezet:

- Definiëren van ervaringsdeskundigheid.
- Benoemen en uitwerken van toegevoegde waarde van ervaringsdeskundigheid voor de zorg.
- Ontwerpen van een implementatieplan

Uitvoering van de leeragenda

De onderwerpen van de leeragenda stonden ter discussie aan de hand van concrete vraagstellingen. Om tot een definitie te komen is er door de onderzoeker literatuuronderzoek gedaan en aan de deelnemers van de CoP gevraagd hoe zij ervaringsdeskundigheid zien. Daarnaast heeft de CoP een aantal toegevoegde waarden van ervaringsdeskundigheid benoemd. Die waarden zijn verwerkt tot unieke toegevoegde waarden. Dat wil zeggen, eigenschappen of competenties die niet te leren zijn zonder eigen ervaringen. De discussies werden gevolgd door de onderzoeker die betrokken was bij het RAAK-project en die verwerkte de informatie zoveel mogelijk tot bruikbare kennis. Die kennis werd weer teruggekoppeld naar de leden van de CoP. De kennis kwam tot stand door middel van de verwerking van de bijdragen van de leden, maar ook door aanvullend onderzoek, mede uitgevoerd door studenten van de opleiding SPH.

Naast de discussies koppelden brachten de leden waar mogelijk de kennis in praktijk binnen hun eigen instelling. Daar kwam ook nieuwe kennis uit voort en ook die werd weer verwerkt in het onderzoek. Op die manier zijn we het eens geworden over een definitie van ervaringsdeskundigheid, hebben we duidelijke toegevoegde waarden gedefinieerd en zijn we (samen met de ander CoP) tot een groot aantal adviezen gekomen betreffende implementatietrajecten.

Studenten SPH en de onderzoeker binnen het RAAK-project hebben naast het omzetten van discussie uitkomsten in kennis, onderzoek uitgevoerd naar de behoeften die bestaan binnen de instelling en bij cliënten met betrekking tot de inzet van ervaringsdeskundigheid.

De resultaten van onderzoek werden steeds gekoppeld aan de uitkomsten van discussies en oefeningen die tijdens de CoP bijeenkomsten naar voren kwamen en zo werd de inhoud van dit boekwerkje gevormd. Kenniscirculatie is de belangrijkste doelstelling van elke CoP en aan die doelstelling is door deze CoP zeker voldaan met de nodige kennisproductie.

Organisatie van het project

Ten behoeve van de uitvoering van het innovatieprogramma werd een projectorganisatie ingesteld. De Hanzehogeschool Groningen (Academie voor Sociale Studies) is opdrachtgever en penvoerder en verzorgt de administratie van het project. Door de Hanzehogeschool wordt een programmaleider aangesteld en een projectorganisatie ingericht.

De Hanzehogeschool draagt zorg voor interne afstemming tussen het lectoraat Rehabilitatie, de Academie voor Sociale Studies en de Academie voor Verpleegkunde

Stuurgroep

Er werd een stuurgroep ingesteld die tot taak heeft het proces te volgen, te sturen en besluiten te nemen. De programmaleider adviseert de Stuurgroep en rapporteert over de voortgang.

De deelnemende instellingen wezen uit haar midden drie leden aan in de stuurgroep. Daarnaast nemen in de stuurgroep zitting:

- de dean van Sociale Studies
- de dean van Verpleegkunde
- de lector Rehabilitatie.

Projectgroep

Er werd een projectgroep ingesteld met als opdracht de CoP bijeenkomsten voor te bereiden en de resultaten van het project als geheel te verwerken en monitoren.

De projectgroep bestaat uit:

- Facilitator CoP Herstelondersteunende zorg
- Facilitator CoP Ervaringsdeskundigheid
- De programmaleider
- De onderzoeker

CoP-groep

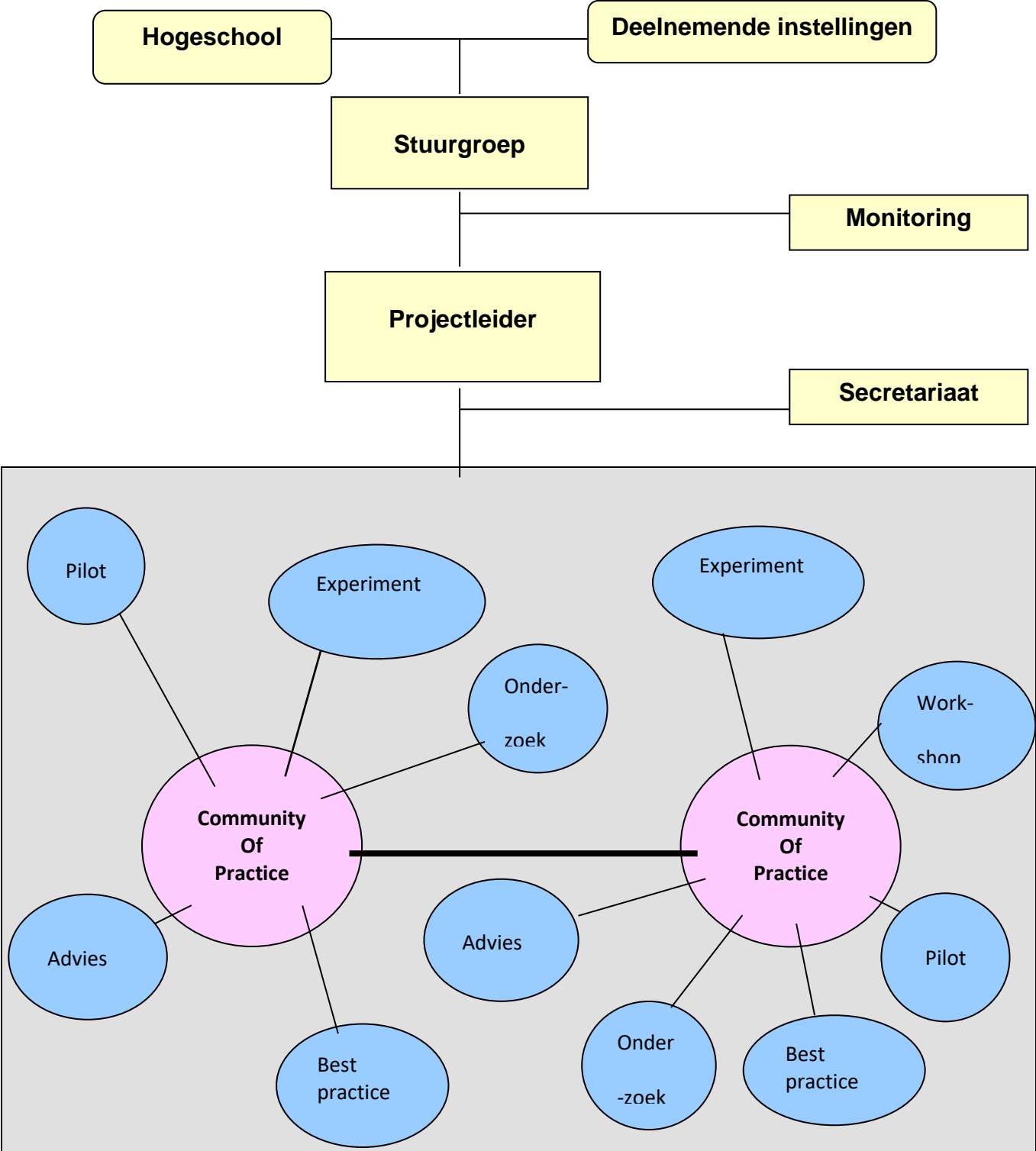
Aan ieder COP zijn verbonden:

- Projectleider/facilitators
- Professionals GGz-instellingen
- HEE-medewerkers
- Een onderzoeker
- Ervaringsdeskundige (ex)cliënten
- Docenten Academies voor Sociale Studies en Verpleegkunde
- Studenten Academies voor Sociale Studies en Verpleegkunde

De CoP's staan centraal in dit project. Zij stellen de leeragenda op en beslissen op welke punten onderzoek nodig is en wat daarmee gebeurt.

In het schema op de volgende pagina staat de projectorganisatie schematisch weergegeven.

De projectorganisatie schematisch weergegeven



2 De deelnemende Instellingen

Dit door RAAK gesubsidieerd project is een samenwerking tussen de Hanzehogeschool Groningen, HEE! (Trimbos / St. rehabilitatie '92) en vier GGz-instellingen in Noord-Nederland (GGz Drenthe, GGz Friesland, RIBW Drenthe en Lentis Groningen).

De deelnemende organisaties vaardigden ervaringsdeskundigen, professionals, docenten en studenten uit om in twee Communities of Practice mee te denken en discussiëren over en mee te werken aan verbetering en vernieuwing in en vanuit de GGz.

Trimbos / HEE!

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.

Missie

Het Trimbos-instituut bevordert de kwaliteit van leven door het ontwikkelen en toepassen van kennis over geestelijke gezondheid, verslaving en lichamelijke ziektes die daarmee samenhangen

Kerntaken

- Beleidsmakers, politici en professionals informeren over de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking.
- Monitoren en signaleren van psychische en verslavingsproblemen.
- Onderzoek doen naar de organisatie, toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van preventie en hulpverlening.
- Ontwikkelen van nieuwe methoden, protocollen, richtlijnen en programma's voor preventie, behandeling en organisatie van de zorg.
- Cursussen en trainingen geven op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, om hulpverleners te ondersteunen bij de verbetering van de kwaliteit van hun werk.
- Voorlichting geven over psychische problemen en over alcohol en drugs.

HEE!

Het HEE team bestaat uit ongeveer 50 ervaringsdeskundige docenten. Zij verschillen als het gaat om hun ontwikkeling qua ervaringsdeskundigheid en bevoegdheid om de producten van HEE! te presenteren. HEE verzorgt trainingen en cursussen aan cliënten en medewerkers van GGz instellingen en op diverse conferenties en evenementen, geeft les, houdt lezingen en andere presentaties en kan ingehuurd worden voor advies en consultatie. HEE werkt tegen betaling, in opdracht van HEE! van het Trimbos-instituut.

Aanbod

Het HEE-team kan worden ingehuurd om herstelprocessen van cliënten te ondersteunen, en/of voor ondersteuning van medewerkers bij meer herstelondersteunend werken, maar ook voor losse trainingen en presentaties en advies.

Maatwerk

HEE werkt altijd op maat. Dit wil zeggen: in overleg met de opdrachtgever kijken we wat het beste past. Zo nodig passen we onze producten aan zodat ze aansluiten bij de situatie in de instelling en vooral bij de wensen van de cliënten. In de eerste jaren werd het HEE-team vaak ingehuurd voor losse presentaties, maar tegenwoordig werken we steeds meer met hersteltrajecten die zich één of meerdere jaren duren.

Producten

Zelfhulpgroepen

Studiedagen Herstel en Cursussen

Themabijeenkomsten

Voorlichting en HEE-trajecten op maat

Bron: www.trimbos.nl

GGZ Drenthe

De kernactiviteiten van GGZ Drenthe liggen op drie terreinen:

- Zorg
- Opleiding
- Onderzoek

Zorg

GGZ Drenthe is allereerst een zorginstelling, die actief is in de geestelijke gezondheidszorg en in de ouderenzorg. GGZ Drenthe biedt een breed scala aan zorgdiensten. Dat omvat onder meer medisch-specialistische behandeling, verpleging, verzorging, begeleiding, ondersteuning en activering. De zorg wordt geleverd op een van de vele locaties van GGZ Drenthe, of – op indicatie – bij de patiënt thuis. De zorg kan desgewenst in combinatie met een vorm van wonen worden aangeboden, bijvoorbeeld in een psychiatrisch ziekenhuis, een verpleeghuis of een verzorgingshuis. Ook is GGZ Drenthe actief op het gebied van preventie, bevordering van geestelijke gezondheid en voorlichting.

Opleiding

GGZ Drenthe is naast een zorginstelling ook een opleidingsinstituut. Er zijn opleidingsplaatsen voor artsen die zich willen specialiseren tot psychiater en voor psychologen die de postdoctorale opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en klinisch psycholoog willen volgen. Ook verzorgt GGZ Drenthe het praktijkgedeelte van de opleidingen van verpleegkundigen en verzorgenden. Tenslotte biedt GGZ Drenthe vele stageplaatsen voor diverse studierichtingen.

Onderzoek

Een intensieve wisselwerking tussen de wetenschappelijke theorie en de praktijk van de zorguitvoering kan de kwaliteit van de zorg verhogen. Daarom wordt veel aandacht besteed aan wetenschappelijk onderzoek. GGZ Drenthe werkt samen met verschillende universiteiten. Ook participeert GGZ Drenthe in het Rob Giel onderzoekscentrum (www.rgoc.nl), een samenwerkingsverband van verschillende GGZ-organisaties en de afdeling psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum

Groningen. Ook voor de verpleging en verzorging is er een samenwerking met onderzoekers van de Rijksuniversiteit Groningen.

Bron: www.ggzdrenthe.nl

Promens Care / RIBW Drenthe

Promens Care is een organisatie voor mensen met een verstandelijke handicap, mensen met beperkingen als gevolg van psychiatrische problemen en aan mensen die gebruik maken van de maatschappelijke opvang. Promens Care bestaat uit de Leite en RIBW-Drenthe.

Zowel de Leite als de RIBW-Drenthe is actief in alle twaalf gemeenten in de provincie Drenthe en in de provincie Groningen. De zorg- en dienstverlening vindt plaats vanuit kleinschalig opgezette woon- en werkaccommodaties.

De RIBW-Drenthe is voor langdurende geestelijke gezondheidszorg (GGz) en maatschappelijke opvang. Ze helpt mensen vanaf 14 jaar die vanwege hun psychiatrische en psychisch-sociale beperkingen problemen ondervinden bij het dagelijks leven.

We vinden dat mensen met beperkingen net zoveel recht hebben op een gewoon leven als andere mensen, en daarom bieden we begeleiding bij het wonen, de dagbesteding en de invulling van de vrije tijd.

Onder een 'zo gewoon mogelijk leven' verstaan we een plezierig huis, prettige activiteiten om in de vrije tijd te doen, contacten met familie en/of vrienden, werk of andere vormen van activiteiten, zoals vrijwilligerswerk. De begeleiding die nodig is om dit gewone leven te realiseren bieden we zelf, óf we bemiddelen bij het krijgen van de noodzakelijke voorzieningen. Onze inspanningen zijn er op gericht dat u de bereikte stabiliteit kunt behouden. Daarnaast vragen wij u naar uw wensen en ideeën voor de toekomst en werken met u samen om deze te realiseren.

Missie

De RIBW-Drenthe biedt mensen met een psychische beperking een zo gewoon mogelijke plek in de Drentse samenleving. We bieden ondersteuning bij het wonen, de dagbesteding, de toeleiding tot de reguliere arbeidsmarkt en bij de vrijetijdsbesteding, zodat ze naar tevredenheid én met succes kunnen deelnemen aan de Drentse samenleving. Tevredenheid en succes zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden: tevredenheid zegt iets over hoe u uw leven waardeert, en succes gaat over de waardering door uw directe omgeving (familie, collega's, burens etc.) De vraag van de cliënt is voor ons altijd het uitgangspunt. De begeleiding is in alle gevallen individueel bepaald.

Bron: <http://www.ribw-drenthe.nl/>

GGZ Friesland

Voor sommige mensen is het een grote opgave om mee te draaien in de maatschappij. Soms lukt dat (even) niet. Bijvoorbeeld als iemand kampt met psychische problemen of een psychiatrische stoornis, zoals een depressie, angst, een dwangstoornis of een fobie. GGZ Friesland, de organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in de provincie Friesland, is er voor deze mensen. Jaarlijks maken meer dan 20.000 mensen gebruik van onze zorg.

Van thuiszorg tot tijdelijk opname in een kliniek, van groepstherapie tot een deeltijdbehandeling - de hulp die GGZ Friesland kan bieden is breed en gevarieerd. Er zijn aparte mogelijkheden voor kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. De zorg is in eerste instantie gericht op herstel van de stoornis. Is herstel niet mogelijk, dan begeleiden we mensen gedurende langere tijd. Samen met hen proberen we hun problemen dragelijk te maken en ervoor te zorgen dat ze (beter) kunnen meedraaien in de maatschappij.

GGZ Friesland is met 2100 medewerkers en ruim 200 vrijwilligers één van de grootste werkgevers in de provincie Friesland. Wij zijn een erkend opleidingsinstituut voor psychiaters, psychologen en verpleegkundig specialisten. Toegepast wetenschappelijk onderzoek speelt een belangrijke rol om behandelingen te evalueren en te verbeteren.

Visie

Met onze zorg richten wij ons in de eerste plaats op patiënten* uit Friesland. Het gaat om mensen met psychiatrische stoornissen of ernstige psychische problemen, soms in combinatie met verslaving, gedragsstoornissen of een verstandelijke handicap.

Zorg met respect

GGZ Friesland wil een zorginstelling zijn waar de patiënt merkt dat er serieus naar hem geluisterd wordt. Het principe van 'informed consent' is daarom het uitgangspunt voor alle vormen van behandeling en begeleiding. Dat wil zeggen dat een behandeling pas begint als er een behandelovereenkomst is waar de patiënt zijn handtekening onder heeft gezet .

Ook tijdens de behandeling zijn de patiënt en zijn omgeving actief betrokken bij wat er gebeurt. Daarnaast praten patiënten en hun naasten mee over het beleid van GGZ Friesland via medezeggenschapsorganen.

Klantgerichtheid

Als GGZ Friesland hebben we oog voor de uitgesproken en onuitgesproken behoeften van onze patiënten. We spelen daar actief op in. We maken duidelijk wat de patiënt en zijn omgeving van ons kunnen verwachten. Als we een vraag krijgen, nemen we die serieus. We leven ons in in de zorgen en wensen van de patiënt en sluiten onze behandeling daar zoveel mogelijk op aan.

Afgestemd op de doelgroep

Iemand met een lichte depressie heeft andere hulp nodig dan een patiënt met schizofrenie. Ouderen vragen om andere zorg dan jeugdige patiënten. GGZ Friesland heeft haar zorg daarom afgestemd op verschillende doelgroepen. De organisatie is ingedeeld in Jeugd, Ouderen, Volwassenen Enkelvoudige Zorg en Volwassenen Meervoudige Zorg.

Toegankelijk

Als het even kan vindt de zorg plaats dichtbij de woon- of verblijfplaats van de patiënt. In alle belangrijke grote plaatsen van Friesland is basiszorg beschikbaar voor alle doelgroepen. Die basiszorg bestaat onder meer uit de zogeheten ambulante zorg, voor mensen die thuis blijven wonen. Thuiszorg, poliklinische zorg en deeltijdbehandeling zijn voorbeelden van ambulante zorg. Ook de klinische zorg is beschikbaar in de grote plaatsen in Friesland. Specialistische zorg vindt centraal in de provincie plaats.

Als u bij GGZ Friesland komt voor een (eventuele) behandeling, komt u altijd binnen via één centrale toegang. Op deze website kunt u meer lezen over alle mogelijkheden voor behandeling.

Vier divisies, één organisatie

GGZ Friesland is één organisatie die bestaat uit vier divisies: Jeugd, Ouderen, Volwassenen Enkelvoudige Zorg en Volwassenen Meervoudige Zorg. De divisies hebben elk een eigen werkwijze die aansluit bij de wensen en behoeften van de doelgroep. Alle vormen van zorg vinden plaats onder de vlag van GGZ Friesland.

Bron: <http://www.ggzfriesland.nl/corporate/visie>

Lentis Groningen

Wij zijn een zorgconcern met als kernactiviteiten: Geestelijke gezondheidszorg, Hulp bij psychische problemen en preventie, Zorg voor Ouderen en Forensische GGZ. We bieden zorg aan mensen van alle leeftijden met levens- en zingevingsvragen, wensen tot beter persoonlijk functioneren, met psychische en psychiatrische problemen al dan niet van complexe aard waar de maatschappelijke participatie en de kwaliteit van leven in het geding (kunnen) zijn. Bij ouderen kan daarbij sprake zijn van samenhangende problematiek zoals psychiatrie, psychogeriatric en vaak ook somatische problemen.

Forensische GGZ is gericht op mensen die naast psychiatrische en/of verslavingsproblematiek in aanraking zijn c.q. dreigen te komen met de strafrechter.

Wij behandelen, begeleiden, coachen en ondersteunen mensen van alle leeftijden voor een beter persoonlijk functioneren en het welbevinden te optimaliseren. Wij willen het marktleiderschap in (Noordoost) Nederland en toonaangevend zijn in dienstverlening, behandel-effect en efficiency. De hoge klanttevredenheid en behandel-effect kunnen we aantonen door periodieke toetsing. We werken hierbij nauw samen met cliënt- en patiëntorganisaties, gemeenten en rijksoverheid, met collega zorgaanbieders en met werkgevers. Zorginhoudelijk zijn we toonaangevend. We hebben best practices ingevoerd en helpen mee nieuwe te ontwikkelen. We zijn intern strak georganiseerd, dat wil zeggen we weten wat we willen, hoe we dat willen realiseren en we maken waar wat we beloven. Onze medewerkers zijn uitstekend gemotiveerd en gekwalificeerd. Ze hebben een hoge mate van zelfredzaamheid en betrokkenheid en voelen zich uitgedaagd topprestaties te leveren, er echt voor de klant te zijn. We kunnen daardoor met relatief weinig managers toe. Medewerkers hebben een genormeerde caseload en hebben een goede terugkoppeling van hun prestaties. Managers zijn verantwoordelijk voor het realiseren van hun jaarplan. Vanuit dit jaarplan zijn persoonlijke doelstellingen afgesproken in een managementcontract, waar de manager op wordt beoordeeld. Zorggroepen en diensten werken uitstekend samen op basis van ServiceLevel-Agreements, waarbij de inhoud door zorggroepen wordt bepaald. Daarnaast staan de diensten voor het (ontwikkelen van het) concernbeleid en bewaken zij de strategische kaders. We hebben een systeem van integrale kostprijzen. De diensten werken met een marktconforme prijs/kwaliteitsverhouding. We hebben een zeer goede (toegepaste) kennis van de ondersteunende domeinen: HRM, Financiën, ICT, Facilitaire diensten en vastgoed, Marketing, Juridische zaken, Kwaliteit en PR & Communicatie.

De cultuur van de organisatie kenmerkt zich door

- een sterke loyaliteit en bezieling bij medewerkers
- een klimaat waarin de behoeften van de klant leidend zijn
- een aanspreekcultuur op prestaties
- uitdaging en mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling
- klantgerichte attitude en dienstverlenende stijl

Bron: www.lentis.nl

Hanzehogeschool Groningen

De Hanzehogeschool Groningen heeft vestigingen in Groningen, Assen, Leeuwarden en Amsterdam en telt ruim 24.000 studenten en 2.600 personeelsleden. De Hanzehogeschool Groningen is de oudste multisectorale hogeschool van Nederland, in 2008 vierde zij haar 210-jarig bestaan.

De hogeschool ontwikkelt zich met ruim 30 lectoraten tot een kennisinstelling voor toegepast onderzoek. Dit gebeurt uiteraard in nauwe samenwerking met het bedrijfsleven en non-profit instellingen.

Het onderwijsaanbod van de Hanzehogeschool Groningen omvat 70 bacheloropleidingen, 4 programma's voor Associate degree en 13 masteropleidingen. Er zijn zowel Nederlands-, als Duits- en Engelstalige opleidingen. Jaarlijks maken zo'n 1.500 cursisten uit het bedrijfsleven gebruik van het contractonderwijs bij HanzeConnect, de zakelijke dienstverlener van de hogeschool.

College van Bestuur

Het College van Bestuur van de Hanzehogeschool Groningen wordt gevormd door de heer drs. H.J. Pijlman (voorzitter), mevrouw drs. M.C.J. van Os en de heer drs. C. de Ruiter.

Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht bestaat uit de heer G.Lankhorst (voorzitter), de heer K. van Twist, de heer drs. L.P. Middel, mevrouw A.M.C. Kuks, de heer U. Kleinhuis RA en de heer prof. dr. R. van Schilfgaarde.

Geschiedenis

De hogeschool bestaat in haar huidige vorm sinds 1 april 1993 uit een fusie tussen de Rijkshogeschool Groningen en de Hanzehogeschool. De geschiedenis voert terug tot 1798, toen de Academie voor Teken-, Bouw- en Scheepvaartkunde werd opgericht.

Naam

In de naam van de Hanzehogeschool Groningen ligt de verwantschap met het ondernemen en handel drijven. In vroeger tijden stond het Hanzeverbond voor samenwerking en internationale contacten. Niet alleen in Nederland, maar ook daarbuiten, bijvoorbeeld in Duitsland en Scandinavië. Nederland kende een groot aantal Hanzesteden, waaronder Groningen.

Het begrip "Hanze" duidt op wortels in het verleden. Maar ook op de verbondenheid met de stad Groningen. Het logo reflecteert de historie uit vroeger tijden.

Missie

De Hanzehogeschool Groningen leidt ondernemende, maatschappelijk verantwoordelijke en internationaal georiënteerde professionals op en draagt bij aan de kenniscirculatie in Noord-Nederland.

Lectoraat Rehabilitatie

Het Lectoraat Rehabilitatie ressorteert onder de Academie voor Sociale Studies en de Academie voor Verpleegkunde van de Hanzehogeschool Groningen. Het Lectoraat heeft tot doel om in wisselwerking met het werkveld (projecten/ontwikkeling), de wetenschap (toegepast praktijkonderzoek) en het onderwijs het kennisdomein Rehabilitatie verder tot ontwikkeling te brengen, kennis te genereren en deze kennis terug te laten naar het werkveld en toe te passen in de curricula van de initiële opleidingen SPH, MWD, TP en HBO-V, en in na- en bijscholingsprogramma's voor een breed werkveld. Het Lectoraat Rehabilitatie komt tegemoet aan ten gevolge van maatschappelijke veranderingen optredende ontwikkelingen rondom zorgvernieuwing, permanente zorg en vermaatschappelijking van zorg, en daaruit voortvloeiende consequenties voor de desbetreffende HBO-opleidingen en het daarbij behorende werkveld.

Rehabilitatie richt zich op mensen met functiebeperkingen die samenhangen met een ziekte of aandoening of een ongeluk en die vanwege de ernst van deze beperkingen langdurig belemmerd worden in het uitvoeren van taken en acties (b.v. omgaan met familie vrienden en burens, het voeren van een sollicitatiegesprek) en in hun vermogen maatschappelijk te participeren in sociale rollen van eigen keuze (b.v. werknemer, buurtbewoner, student). Bron: www.hanze.nl

3 Ervaringsdeskundigheid

Ervaringsdeskundigheid is een term die te pas en te onpas wordt toegepast. De betekenis is vaak niet helder. Waar hebben we het over als we praten over de ervaringsdeskundige? Is dat iemand die puur vanuit eigen ervaringen spreekt, of is er meer voor nodig om ervaringsdeskundig te zijn? En wat heb je aan ervaringsdeskundigen? Wat voegen ze in de GGz toe aan de zorg die al bestaat? Dat waren de eerste vragen die in deze CoP opkwamen.

Eén van de belangrijkste punten op de leeragenda was daarom het eens worden over de definitie van ervaringsdeskundigheid, zodat we het over dezelfde term praten als het gaat om de toegevoegde waarde aan de zorg en de implementatie binnen de instelling van ervaringsdeskundigheid. Er werd tijdens en tussen de bijeenkomsten hard gewerkt aan het vinden van antwoorden op de gestelde vragen.

De CoP heeft in samenwerking met de onderzoeker en met studenten antwoorden geformuleerd over de definitie van ervaringsdeskundigheid, de toegevoegde waarden van ervaringsdeskundigen aan de zorg en over de implementatie van ervaringsdeskundigheid. In dit hoofdstuk staan de resultaten weergegeven betreffende de definitie en de toegevoegde waarden. Resultaten op het gebied van implementatie is een apart hoofdstuk aan gewijd.

Wat is ervaringsdeskundigheid?

Het begrip ervaringsdeskundigheid betekent meer dan het hebben van ervaringen binnen de GGZ. Als iemand last heeft van psychische beperkingen en daarvoor behandeld wordt doet hij/zij ervaringen op. De persoon heeft ervaren wat het betekent om “patiënt” te zijn, om hulp te krijgen, therapie te volgen en dikwijls ook medicijnen te gebruiken. Daarmee is hij/zij nog niet ervaringsdeskundig. Van ervaringsdeskundigheid spreken we als iemand ervaringskennis op een professionele manier inzet. Dat betekent, dat hij/zij de ervaringskennis in een breder perspectief kan plaatsen en in staat is die kennis over te dragen.

De ervaringskennis bestaat uit kennis over de gevolgen van een psychiatrische aandoening en vooral over de strategieën die bijdragen aan het herstel daarvan. Met deze kennis is hij/zij in staat om ook andere mensen te helpen bij hun weg naar herstel (Kenniscentrum ZenE, HEE).

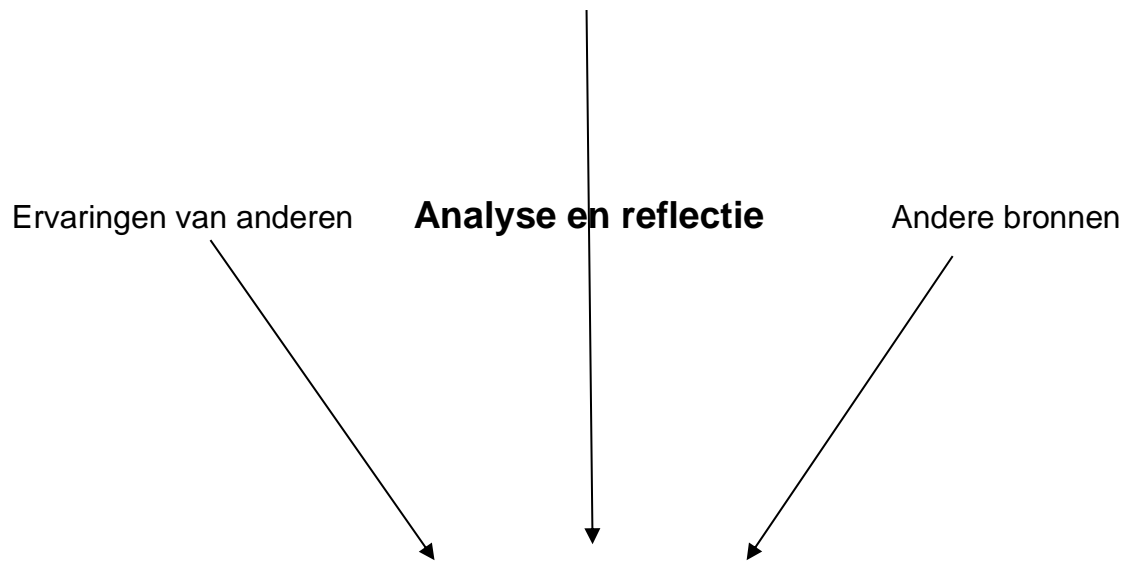
Deze uitleg van het begrip ervaringsdeskundigheid wordt veel gebruikt om ervaringsdeskundigheid te omschrijven. De definitie is echter onduidelijk over hoe iemand precies aan ervaringsdeskundigheid komt en wat het nut is van ervaringsdeskundigheid. Toch is ook daarover door verschillende autoriteiten op dit gebied veel gezegd en geschreven. Door middel van literatuuronderzoek, discussies binnen de CoP die de conclusies van het literatuuronderzoek verfijnden en aanvulden werd door de CoP het begrip “ervaringsdeskundigheid” omschreven.

Hoe wordt iemand ervaringsdeskundig ?

Het proces begint met het hebben van eigen ervaringen met ziekte en/of beperkingen en het herstel daarvan. Door de eigen ervaringen te analyseren en erop te reflecteren verkrijgt iemand ervaringskennis (Plooy & Boevink, 2001). Die kennis gaat over de beleving van de beperkingen zelf en de gevolgen daarvan, maar ook over het herstelproces. Welke strategieën werken wel en welke niet? Hoe kan ik klachten voorkomen? De opgedane ervaringskennis wordt aangevuld door ervaringen te delen met lotgenoten. Door ook die ervaringen te analyseren ontstaat er een breder beeld over psychische/lichamelijke beperkingen en herstel. Ook kan de kennis nog worden aangevuld uit andere bronnen zoals literatuur, presentaties en de media.

Er is nog steeds geen sprake van ervaringsdeskundigheid. Daarvoor is nodig, dat de ervaringskennis op een professionele manier wordt ingezet. Dit kan zijn het geven van voorlichting, het verzorgen van onderwijs over herstel, het meedenken over beleid, hulp verlenen met inzet van ervaringsdeskundigheid en er zijn nog vele andere functies waarbij ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet. Als iemand in staat is de ervaringskennis op die manier in te zetten, spreken we van ervaringsdeskundigheid. Op de volgende pagina staat deze omschrijving schematisch weergegeven.

Ervaringen (met beperkingen en herstel)



Ervaringskennis

**Aanleren van vaardigheden
voor professionele inzet**

Ervaringsdeskundigheid

Ervaringsdeskundigheid als competentie

Een ervaringsdeskundige is iemand met ervaringsdeskundigheid. Dit lijkt een voor de hand liggende uitspraak, maar stuitte binnen de CoP al snel op bezwaren. Stel: iemand gebruikt zijn/haar ervaringen en zelf ervaringsdeskundigheid in het werk als persoonlijk begeleider binnen de GGZ. Is zo iemand dan ervaringsdeskundige of persoonlijk begeleider?

Zoals gezegd zijn er vele mogelijkheden voor de inzet van ervaringsdeskundigheid en dat is wat het zo lastig maakt een eenduidige omschrijving te geven van 'de ervaringsdeskundige'. Steeds wanneer we taken van een ervaringsdeskundige proberen te beschrijven komen we uit op taken die niet uniek zijn voor ervaringsdeskundigheid en waarvoor andere competenties naast de ervaringsdeskundigheid nodig zijn. Denk daarbij aan het voorbeeld van de hulpverlener met ervaringsdeskundigheid, of aan de docent. Natuurlijk werden er ook taken genoemd die wel typisch zijn voor ervaringsdeskundigheid en niet gedekt werden door andere functies zoals voorlichting geven over het persoonlijke herstelproces of ervaringen delen in zelfhulpgroepen. We zouden het belang van ervaringsdeskundigheid echter ernstig tekort doen, als we het hierbij zouden laten. Tijdens de CoP bijeenkomsten werden vele andere factoren genoemd van ervaringsdeskundigheid die een goede bijdrage aan de zorg zouden leveren. Zouden we proberen 'de ervaringsdeskundige' te definiëren en daarmee verder werken, dan zou ons beeld van ervaringsdeskundigheid sterk vernauwen. Daarom kwam de CoP er al snel op uit om het te hebben over ervaringsdeskundigheid als competentie en het beeld niet te vernauwen tot de ervaringsdeskundige. Uiteraard is iemand met ervaringsdeskundigheid een ervaringsdeskundige zoals deze paragraaf begon, maar dan als competentie die al dan niet samen met andere competenties een vak vormen. Zo spreken over een begeleider met ervaringsdeskundigheid, of een ervaringsdeskundige docent, maar binnen een (F)ACT-team (een multidisciplinair team dat GGZ zorg verleent) spreken we wel van de functie ervaringsdeskundige. De ervaringsdeskundige in zo'n team heeft die functie specifiek vanwege ervaringsdeskundigheid.

Toegevoegde waarde

Nu we een idee hebben over wat ervaringsdeskundigheid is en hoe ervaringsdeskundigheid ontstaat, rijst de vraag wat het nut is van ervaringsdeskundigheid. De leden van de CoP ervaringsdeskundigheid werd gevraagd na te gaan waarvoor zij ervaringsdeskundigen zouden willen inzetten en vooral wat die dan aan competenties zouden meebrengen.

Tijdens een bijeenkomst werden factoren van toegevoegde waarde genoemd en bediscussieerd. Deze discussie werd gevolgd en verwerkt en aangevuld met informatie uit de literatuur en onderzoek.

Het onderzoek

Het onderzoek bestond uit het bestuderen van evaluatieformulieren die ingevuld zijn door cliënten van Lentis Groningen die deelnamen aan de cursus “Herstellen doe je zelf” en deelnemers aan themamiddagen. De cursus Herstellen doe je zelf wordt gegeven door twee ervaringsdeskundige trainers. In de cursus praten de deelnemers met elkaar over 10 herstel gerelateerde thema's.

Een themamiddag is een interactieve voorlichting over een thema dat gekozen wordt door cliënten van Lentis en wordt georganiseerd door ervaringsdeskundigen.

Zowel bij de cursus als bij de themamiddagen werden deelnemers gevraagd anoniem een evaluatieformulier in te vullen. Dit formulier bevatte ook de vraag wat men ervan vond, dat de trainers ervaringsdeskundigen zijn. De antwoorden op deze vraag gecombineerd met de discussies en oefeningen in de CoP en literatuuronderzoek hebben geleid tot een breder beeld van de toegevoegde waarde van ervaringsdeskundigheid.

Resultaten

Door de deelnemers aan de CoP werden vele factoren van toegevoegde waarde genoemd. Deze vielen grofweg in twee categorieën. Competenties die iemand zonder eigen ervaringen ook zou kunnen leren, maar mensen met ervaringsdeskundigheid door hun ervaringen hebben verkregen en als tweede competenties die alleen verkregen kunnen worden via eigen ervaringen. In werden meer dan dertig competenties genoemd. Een groot aantal daarvan zouden aangeleerd kunnen worden zonder eigen ervaringen in de GGZ en zijn om die reden niet uniek voor ervaringsdeskundigheid. Dat wil niet zeggen, dat ze niet van belang zijn. We kunnen zeggen, dat het op zich al van grote waarde is, dat de opkomst van ervaringsdeskundigheid ons wijst op die competenties en waarden. Het gaat dan om waarden die geleerd kunnen worden, maar waarop we geattendeerd zijn door ervaringsdeskundigen en die min of meer automatisch meekomen met de ervaringsdeskundigheid, zoals:

- betrokkenheid die voortkomt uit een vergroot inlevingsvermogen
- present zijn in het (gewone) leven van een cliënt
- een brede blik hebben en iemand als geheel persoon zien in plaats van als zieke
- Alert zijn op stigmatisering

Omdat we op zoek waren naar de unieke toegevoegde waarde van ervaringsdeskundigheid ondergingen alle competenties een strenge screening om te bepalen of ze in de tweede categorie vallen, waar het gaat om factoren van toegevoegde waarde die niet aangeleerd kunnen worden zonder eigen ervaringen. In die categorie bleven vier factoren over, namelijk:

- Ervaringsdeskundigen bevorderen *empowerment*.
- Ervaringsdeskundigen zijn *deskundig in leven met ziekte en herstel*.
- *Sensitivity* door herkenning en erkenning.
- *Criticasting* gebaseerd op ervaringskennis.

Empowerment

Empowerment staat voor het (her)vinden van de innerlijke kracht. De kracht die nodig is om een leven op te bouwen en in stand te houden dat door jezelf als waardevol wordt ervaren. Het stimuleren van empowerment kan op vele manieren. Sommige mensen geven aan empowerment te halen uit zingeving. Anderen grijpen hun dromen aan als bron van kracht.

In de hulpverlening is empowerment van groot belang. Als het lukt om iemand te stimuleren zijn/haar innerlijke kracht te vinden en te gebruiken is er een grote stap gezet in het herstelproces van die persoon. Empowerment is niet los te koppelen van herstel. Zonder empowerment is herstel niet mogelijk, omdat een herstelproces niet vanzelf gaat, maar kracht, tijd en moeite kost. Herstelervaringen kunnen op hun beurt weer empowerment versterken. Als iemand ervaart, dat hij/zij op eigen kracht kan herstellen, kan die ervaring een bron van kracht vormen.

Hoe bevorderen ervaringsdeskundigen empowerment?

Veel deelnemers aan de cursus “herstellen doe je zelf” en aan de themamiddagen gaven op het evaluatieformulier aan het zeer prettig te vinden dat de trainers ervaringsdeskundig zijn omdat ze dan zien, dat herstel mogelijk is. De ervaringsdeskundigen hadden een voorbeeldfunctie. Het is die voorbeeldfunctie die empowerment kan bevorderen. Zoals deelnemers aangaven zien ze dat herstel mogelijk is. Tijdens discussie in de CoP kwam naar voren, dat het hier wellicht gaat om het wegnemen van een blokkade van empowerment. Een gevoel van hopeloosheid of machteloosheid werkt immers vaak zeer ontkrachtend. Als dat gevoel wegvalt, komt de innerlijke kracht weer tot uiting. Of dit het mechanisme is, konden we niet achterhalen, maar ook in de literatuur vinden we keer op keer, dat ervaringsdeskundigheid empowerment bevordert via herkenning, erkenning en een positief voorbeeld (Deegan, 2002; Boevink, 1998)

Omdat de voorbeeldfunctie zo belangrijk is bij het bevorderen van empowerment is het niet mogelijk deze competentie te leren zonder zelf een herstelproces te hebben meegemaakt. De ervaringen van het ontwrichtende effect van ziekte, de beperkingen

die daardoor ontstaan en van het herstelproces zijn onmisbaar bij het vervullen van de voorbeeldfunctie.

Een ervaringsdeskundige bevordert dus empowerment alleen al door aanwezig te zijn en te laten zien dat herstel mogelijk is, ook vanuit schijnbaar uitzichtloze situaties. Tijdens de bijeenkomsten van de CoP werd duidelijk, dat een hulpverlener zonder ervaringsdeskundigheid ook empowerment kan bevorderen, maar nooit op het niveau van een ervaringsdeskundige. Zonder de voorbeeldfunctie is de hulpverlener aangewezen op technieken die een cliënt eraan herinneren, dat hij de kracht wel heeft om te herstellen. Dat gaat een stuk makkelijker als je dat zelf kunt laten zien.

Deskundig in leven met ziekte en herstel

Mensen met ervaringsdeskundigheid beschikken per definitie over ervaringskennis. Die kennis hebben ze verkregen door te reflecteren op hun eigen ervaringen en ervaringen van deelgenoten en die te analyseren. Het gaat niet om de kennis over de beperkingen zelf, maar om de kennis over het leven met beperkingen. Welke impact heeft een ziekte op het persoonlijke leven? Welke strategieën helpen om die impact te verkleinen en welke helpen niet? Hoe pas je behandeling en de omgang met hulpverleners in in je leven? Wat is het effect van stigmatisering? Over deze en andere vragen gaat ervaringskennis. Mensen die zelf ervaren hebben hoe het is om te leven met ernstige beperkingen en hoe het is om daarvan te herstellen hebben een unieke kijk op dit type onderwerpen. Doordat ze het allemaal zelf hebben meegemaakt kunnen ze het geheel goed overzien. Dat leidt daarnaast tot een goed ontwikkeld begrip voor de ervaringen van anderen. Ervaringsdeskundigen hebben immers 'geoefend' in het analyseren van dergelijke ervaringen. Het geeft ze een bijzondere openheid.

Duidelijk werd al uit de omschrijving van ervaringsdeskundigheid, dat ervaringskennis ontstaat door analyse van en reflectie op eigen ervaringen en die van deelgenoten. Zonder eigen ervaring is het dus onmogelijk om ervaringskennis te ontwikkelen. Wel kan men kennis vergaren over herstel en over ziekte uit andere bronnen, maar die kennis mist het resultaat van die reflectie op eigen ervaringen.

Nut

Deskundigheid in leven met ziekte en in herstel kan worden toegepast om het begrip hierover te vergroten bij mensen die nog niet toegekomen zijn aan analyse en reflectie en aan mensen die geen eigen ervaring hebben met ziekte en herstelprocessen. Dit begrip is van belang in de hulpverlening om samen met de cliënt zo goed mogelijk te kunnen inschatten waar diens hulpbehoeften liggen. Ervaringsdeskundigen vergroten dit begrip op verschillende manieren.

- **Het begeleiden van zelfhulpgroepen** waarin het delen van ervaringen om op die manier empowerment te bevorderen centraal staat. De ervaringsdeskundige zet zijn/haar kennis in om de juiste vragen te stellen en de gesprekken zo goed mogelijk te begeleiden, zodat de deelnemers aan de zelfhulpgroep ook zelf kennis over herstel vergaren.
- **Het geven van voorlichting aan cliënten** over herstel met als doel mensen te laten zien dat herstel mogelijk is en bereikbaar. De ervaringsdeskundige zet zijn/haar kennis in om bijvoorbeeld een herstelverhaal te vertellen op een manier dat de juiste accenten worden gelegd. De luisteraars hebben als het goed is daarna iets geleerd over het in gang zetten en in stand houden van een herstelproces.
- **Het geven van voorlichting aan hulpverleners** met als doel de hulpverleners inzicht te bieden in hoe een herstelproces vorm krijgt. Die kennis kunne de hulpverleners inzetten om hun cliënten efficiënter te begeleiden.

Sensitivity

Sensitivity betekent letterlijk gevoeligheid. In de CoP werd het als begrip genoemd: gevoeligheid voor de nuances, details en beleveniswereld van mensen met psychiatrische beperkingen. Sensitivity in deze context komt voort uit herkenning. Daarom beschouwen we deze competentie als uniek voor ervaringsdeskundigheid mits aan de andere voorwaarden van ervaringsdeskundigheid is voldaan. Sensitivity kan namelijk al gevoeld worden bij mensen die ervaringen hebben, maar (nog) geen ervaringsdeskundigheid. De deskundigheid zit in het vermogen sensitivity op een professionele manier te gebruiken.

Een ervaringsdeskundige die als hulpverlener werkt zal veel baat hebben bij sensitivity door herkenning. Hij/zij kan dan veel beter inschatten hoe een cliënt een bepaalde situatie beleefd en daardoor adequater reageren.

Uit de studie van de evaluatieformulieren bleek, dat sensitivity ook door cliënten als positief wordt ervaren. Enkelen gaven aan het erg op prijs te stellen, dat de trainers zo goed konden aanvoelen welke aspecten van de cursus “herstellen doe je zelf” moeilijk waren en welke thema’s meer of minder aandacht nodig hadden binnen de cursusgroep. Enkele deelnemers gaven aan het gevoel te hebben, dat de trainers “weten hoe het voelt” en daardoor op een prettige en rustgevende manier reageerden.

Criticasting

Er is in zorginstellingen vaak behoefte aan feedback. Er zijn tal van visitatie instrumenten die de instellingen beoordelen op medisch handelen, veiligheid, handelen binnen vastgestelde normen en vele andere aspecten van zorg en op die manier de kwaliteit van zorg proberen hoog te houden. Deze beoordelingen worden doorgaans gedaan door experts op het gebied. De kerntaak van elke hulpverleningsinstelling is hulp verlenen aan mensen die dat nodig hebben. Die hulp wil elke instelling graag zo optimaal mogelijk bieden. Het gaat dus in de eerste plaats om de cliënten van de instelling als het gaat om het beoordelen van de kwaliteit van zorg. Dit werd bevestigd door vrijwel alle leden van de CoP, maar er kwam ook kritiek. Door al het waarborgen van allerlei kwaliteitseisen, staat de cliënt niet meer bovenaan. Hoe beoordeel je nu echt de kwaliteit van zorg binnen een instelling ?

Cliënten zijn de experts

Als het gaat om de kwaliteit van zorg waren we het erover eens, dat herstel centraal moet staan. Om feedback te krijgen over in hoeverre een instelling herstel ondersteunt, dient men zich te wenden tot experts op dat gebied. De experts van herstelprocessen zijn de cliënten zelf. Zij maken het immers mee en weten precies welk effect de behandeling en begeleiding vanuit de instelling op hun herstel heeft. Ervaringsdeskundigen kunnen hier een belangrijke rol spelen gebruikmakend van hun eigen ervaringen en het vermogen ervaringen van anderen te duiden. Een ervaringsdeskundige die dat goed onder woorden kan brengen is voor instellingen een waardevolle criticaster.

Luis in de pels

Binnen de CoP werd niet alleen de behoefte aan feedback genoemd, maar ook de behoefte aan prikkeling om het steeds beter te doen. Ook dat kan via een vorm van criticasting. Steeds weer blijven herhalen waar het mis gaat, zodat die punten uiteindelijk doordringen tot het management en er acties op worden ondernomen.

Wat doe je met je ervaringen ?

De vraag kwam al even ter sprake of iemand met ervaringsdeskundigheid automatisch een ervaringsdeskundige is. Het antwoord bleek nee, want ervaringsdeskundigheid kan ingezet worden in een veelheid aan functies.

Dat geldt niet alleen voor ervaringsdeskundigheid, maar voor de ervaringen op zich. Hierover is gediscussieerd binnen de CoP. Een paar voorbeelden:

- Iemand kan door eigen ervaringen besluiten om een opleiding te doen tot hulpverlener. Wellicht omdat hij/zij zo goed is geholpen, dat hij/zij dat zelf ook wil gaan doen. Die persoon ontwikkelt dan geen ervaringsdeskundigheid, maar is wel door de ervaringen gevormd en gemotiveerd.
- Een persoon heeft van ervaringen met beperkingen geleerd en weet nu, dat hij/zij werk of een opleiding kan doen mits dit aan bepaalde voorwaarden voldoet. Dat kan te maken hebben met aangepaste tijden of met extra studiebegeleiding. Die persoon ontwikkelt ook geen ervaringsdeskundigheid, maar gebruikt wel ervaringskennis om de voorwaarden voor werk of studie te bepalen.
- Iemand kan ook kiezen ervaringskennis in te zetten in het werk dat hij/zij al doet. Als iemand hulpverlener is bijvoorbeeld, of fietsenmaker op een plek met veel klanten die cliënt zijn van de GGZ. Dit komt al dichterbij ervaringsdeskundigheid, maar men blijft hulpverlener of fietsenmaker.
- Er zijn trainingen om ervaringskennis professioneel in te zetten. Iemand die deze training(en) volgt kiest ervoor om ervaringsdeskundige te worden. Hij/zij kan dan bijvoorbeeld gaan werken als voorlichter, of als ervaringsdeskundige in een (F)ACT-team.

Het is dus zeker niet vanzelfsprekend dat iemand die gebruik maakt van ervaringskennis ook ervaringsdeskundige wordt. Net als ervaringsdeskundigheid zelf zijn ook de ervaringen zelf en de kennis die ze opleveren op vele manieren te gebruiken.

4 Herstelondersteunende zorg

Herstelondersteunende zorg is zorg die de individuele herstelprocessen van mensen optimaal ondersteunt en waar nodig faciliteert. Dat was de conclusie van één van de bijeenkomsten van de CoP Herstelondersteunende Zorg.

Het definiëren van herstelondersteunende zorg was één van de punten op de leeragenda van deze CoP. Twee andere punten waren:

- Implementeren van herstelondersteunende zorg binnen reguliere zorginstellingen. Hoe moeten die instellingen veranderen om optimaal herstelondersteunend te worden ?
- Ontwikkeling van een visitatie-instrument
- Herstelondersteuning in het onderwijs. Op welke manier moeten opleidingen aangepast worden om hulpverleners op te leiden die herstelondersteunend werken ?

Het punt van implementatie werd gedeeld door beide CoP's en daarom is daar een apart hoofdstuk aan gewijd. Over het definiëren van herstelondersteunende zorg werd veel gediscussieerd binnen de CoP's. Al snel werd duidelijk, dat er behoefte was om eerst helder te krijgen wat herstel is. Literatuuronderzoek gaf daar een verhelderende blik op.

Herstel

Sinds het begin van de jaren negentig kennen we in Nederland het begrip Herstel. Herstel gaat niet om het opheffen van symptomen of het genezen van een psychische aandoening. Herstel is gericht op een persoonlijk en uniek proces waarin mensen met beperkingen proberen de draad weer op te pakken en hun leven opnieuw inhoud en richting te geven (Boevink & Dröes, 2005). Bij herstel staat het proces van de cliënt zelf centraal. Dat wil zeggen de wensen en de dromen en mogelijkheden van de persoon die herstelt.

In 1993 hield William Anthony, directeur van het Psychiatric Rehabilitation Center in Boston zich al bezig met Rehabilitatie en Herstel, hij schreef de volgende definitie van herstel:

'een intens, persoonlijk en uniek proces van verandering van iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en nuttig leven met beperkingen als gevolg van psychiatrische handicaps. Herstel betekent je ontworstelen aan de rampzalige gevolgen van je psychiatrische toestand en een nieuwe betekenis en doel in je leven ontwikkelen.' (vertaling: A. Plooy).

In de kern draait het dus om de manier van leven. De persoon ontworstelt zich aan de gevolgen van een psychiatrische aandoening en geeft zijn of haar leven betekenis en een doel met de beperkingen als bijzaak. De betekenis en het doel van het leven worden door de persoon zelf te worden in gevuld.

Boevink (2006) zegt: "voor de psychisch beperkte personen is herstellen, tegen zichzelf leren zeggen dat zij hun psychische aandoening niet zijn, maar dat ze gewoon mens zijn en daarnaast een aandoening hebben". Oftewel niet schizofrene Jan, maar gewoon Jan.

Samenvattend kunnen we concluderen dat herstel een persoonlijk proces is dat leidt to een leven dat als waardevol wordt ervaren. Leven voorbij de beperkingen. Dit proces gaat niet vanzelf. Het vereist actieve inzet en kracht en ondersteuning daarbij is dus meestal geen overbodige luxe. Hoe dient die ondersteuning eruit te zien?

Wat maakt zorg herstelondersteunend?

Binnen de CoP werd de vraag gesteld welke initiatieven er genomen werden die als herstelondersteunend aangemerkt konden worden en wat er herstelondersteunend aan is.

Hier kwamen de volgende antwoorden op:

1. Inloop die gerund wordt door cliënten (GGZ Friesland). Cliënten zijn zelf verantwoordelijk voor de inloopvoorziening. Er zijn wel hulpverleners aanwezig en beschikbaar wanneer nodig, maar de cliënten bepalen zelf hoe de inloop vorm krijgt. Deze verantwoordelijkheid bevordert empowerment.
2. Wilhelmina-oord (GGZ Friesland) is een plek waar cliënten kunnen verblijven die tijdelijk niet thuis kunnen wonen. De cliënten hebben een zeer grote inbreng in het reilen en zeilen van Wilhelmina-oord en zijn ook zelf verantwoordelijk voor huishoudelijke taken. Verder staat onderlinge steun tussen de cliënten hoog in het vaandel.
3. HEE-trajecten (Trimbos/HEE) zijn trajecten die op maat geleverd worden aan cliënten van instellingen door heel Nederland. Ze bestaan uit bijvoorbeeld zelfhulpgroepen, themabijeenkomsten, studiedagen herstel. Alle activiteiten zijn gebaseerd op de inzet van ervaringsdeskundigheid en het bevorderen van empowerment.

4. Herstelwerkgroep (GGZ-Drenthe). GGZ-Drenthe maakt gebruik van de diensten van HEE. Er loopt een herstelwerkgroep die geleid werd door HEE-docenten. Inmiddels is de herstelwerkgroep overgenomen door een ervaringsdeskundige (A. van Everdingen) die betaald wordt door GGZ-Drenthe. Zij wordt ook aangetrokken voor andere projecten binnen de instelling die gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van zorg.
5. Ook RIBW-Drenthe maakt gebruik van mevrouw van Everdingen om mee te denken over beleid en voor projecten die de zorg meer herstelondersteunend maken.
6. Lentis Groningen maakt gebruik van ervaringsdeskundigen om de cursus “herstellen doe je zelf” te geven en om themamiddagen over herstel te organiseren. Zoals gezegd bevorderen de ervaringsdeskundigen op die manier empowerment via hun voorbeeldfunctie en door gebruik te maken van hun kennis over herstelstrategieën.

Uit deze antwoorden en vooral uit de discussie daarover kon worden afgeleid, dat het bevorderen van empowerment door gebruik te maken van ervaringsdeskundigheid een belangrijk element is van herstelondersteunende zorg.

Literatuuronderzoek

In de literatuur is nog niet veel te vinden over wat zorg herstelondersteunend maakt, maar er is toch wel door enkelen iets over geschreven.

In het boek 'Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid' wordt er door Dröes (2006) aandacht besteed aan wat Herstelondersteuning is.

Hij probeert hier antwoord te krijgen op de vraag of herstelondersteuning wel bestaat.

Zijn antwoord hierop is; *'Ja, herstelondersteuning bestaat en omvat presentie, hulp bij het maken van het eigen verhaal en het terughoudend gebruik van hulpverleningstechnieken. Herstelondersteuning wordt zeker niet alleen door hulpverleners gegeven. Lotgenoten en mensen uit het eigen netwerk zijn vaak belangrijker dan hulpverleners.'*

Uit dit citaat blijkt ook het belang van het delen van ervaringen met lotgenoten.

Samen met mensen uit het eigen netwerk vaak nog belangrijker dan hulpverleners.

Daarnaast geeft Dröes aan dat hulpverlening het herstel kan bevorderen en dat een goede behandeling een onderdeel van het herstelproces kan zijn en dus ook herstelondersteuning kan zijn.

Daarnaast staat in het boek 'Verhalen van Herstel' een alinea waarin Boevink en Dröes (2005) uitleggen wat herstelondersteuning van de professional vraagt:

'Van de professional vraagt het ondersteunen van Herstel om te beginnen bescheidenheid. De meeste Herstelondersteuning wordt namelijk niet door professionele hulpverleners geboden, maar door vrienden, medepatiënten, familie, collegae en andere dienstverleners uit het persoonlijke netwerk van de patiënt' (...)
Het ondersteunen van Herstel vraagt ook een intens besef van het feit dat herstel een subjectief, persoonlijk proces van de patiënt is. (...) In de eerste plaats denken we dat hulpverleners die herstel ondersteunen 'present' moeten zijn. Dat betekent: 'aandachtig aanwezig' moeten zijn voor hun patiënt.'

De belangrijke eigenschappen die in dit citaat verteld zijn, kwamen ook in de lezing naar voren die Dröes gaf tijdens het SWBU- jubileumsymposium ‘Het juiste spoor’ (symposium ter viering van het 25 jarig bestaan van de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht in 2008). In zijn betoog formuleerde hij de belangrijkste kenmerken van herstelondersteuning:

- De hulpverlener is **present** (aandachtig aanwezig)
- Gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en **bescheiden** wijze.
- Maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij het **eigen verhaal** van de cliënt.
- Herkent en stimuleert het benutten van de eigen kracht van de cliënt (**empowerment**) zowel individueel als collectief.
- Erkent, benut en stimuleert de **ervaringsdeskundigheid** van de cliënt.
- Erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door **belangrijke anderen**,
- Is gericht op het **verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie en autonomie**.

Conclusie

Het literatuuronderzoek gecombineerd met wat er tijdens de CoP bijeenkomsten gezegd is heeft geleid tot een breder begrip over de betekenis van herstelondersteuning. De inzet van ervaringsdeskundigheid speelt hierin een belangrijke rol. Dat blijkt zowel uit de discussies binnen de CoP als uit de literatuur (Boevink & Dröes, 2005). Herstelondersteunende zorg dient vooral empowerment te bevorderen, niet te stigmatiseren, regie over het leven van de cliënt niet overnemen of zo snel mogelijk weer teruggeven. Hiervoor is een bescheiden houding van de hulpverlener nodig die de cliënt erkent als eigenaar van en deskundige over zijn/haar herstelproces.

Meetinstrumenten

Ondanks de nog niet eenduidig geformuleerde definitie van herstelondersteunende zorg zijn er toch al meetinstrumenten ontwikkeld die het herstelondersteunend gehalte binnen een zorginstelling kunnen meten. Deze instrumenten bestaan uit vragenlijsten waarvoor men punten kan scoren. Die punten zeggen iets over de mate van herstelondersteuning.

Twee meetinstrumenten die al gebruikt worden (Amerika, Schotland, Nieuw-Zeeland) zijn de ROPI (Recovery Oriented Practices Index) (bijlage 1) en de ROSI (Recovery Oriented Services Index) (vertaling in bijlage 2). In de CoP kwam de vraag naar voren in hoeverre deze twee instrumenten bruikbaar zijn in Nederland. Omdat er niet meteen een vertaling voorhanden was, hebben we er niet voor gekozen de twee instrumenten zelf te testen, maar hebben we een lijst met stellingen opgesteld die gebaseerd is op een combinatie van ROPI en ROSI (bijlage 3). Deze stellingen werden voorgelegd aan cliënten en aan medewerkers van de deelnemende instellingen om te beoordelen op hun belang in het licht van herstel. Hoewel de respons laag was (21) konden we wel concluderen, dat alle stellingen ongeveer even belangrijk werden gevonden en konden we geen verschil vaststellen tussen de stellingen afkomstig uit ROSI en die uit ROPI. Om echt het verschil en de bruikbaarheid te testen zullen de beide meetinstrumenten moeten worden getest in de praktijk. Er zijn inmiddels van beide vertalingen beschikbaar.

De twee instrumenten verschillen van elkaar door de manier van meten en het type vragen dat gesteld wordt. ROPI gaat uit van een definitie van herstelondersteunende zorg en al haar elementen en werkt die uit in een puntensysteem. Steeds kan men punten scoren voor bijvoorbeeld de keuzevrijheid van cliënten. ROSI daarentegen is meer gericht op de beleving van cliënten van de zorg. ROSI kan ook alleen door cliënten worden ingevuld, terwijl ROPI ook door bijvoorbeeld een visitatiecommissie worden gehanteerd.

Door de beleving van cliënten als uitgangspunt te nemen is de ROSI subjectiever van aard dan de ROPI. Binnen de CoP werd sterk de voorkeur gegeven aan de beleving van de cliënt (en dus ROSI) boven een minder subjectievere benadering.

Toch wint de ROPI langzamerhand terrein. Het instrument wint aan bekendheid en de vertaling wordt her en der al gebruikt in de praktijk door instellingen bij wijze van zelftest. Met goede uitleg en eventueel begeleiding kan ROPI ook afgenomen worden onder cliënten en dat neemt het belangrijkste nadeel van het instrument ten opzichte van ROSI weg.

Naast ROPI en ROSI zijn er ook in Nederland mensen bezig (o.a. het HEE-bedrijf) meetinstrumenten te ontwikkelen die het gehalte van herstelondersteuning binnen een instelling kunnen vaststellen. Het is ons niet gelukt een eigen meetinstrument te ontwikkelen, mede door de tijd die we als CoP nodig hadden om herstelondersteunende zorg te definiëren, maar de meetinstrumenten komen eraan!

Herstelondersteuning in het onderwijs

In het tijdschrift ' Geestelijke Gezondheidszorg' (2008. Nr.3, 11) werd geschreven:

' In Nieuw-Zeeland lijkt de basis te zijn gelegd voor het vormgeven van een herstelgeoriënteerde GGZ'

In Nieuw-Zeeland werd onderzoek gedaan dat heeft geleid tot de beschrijving van 10 hoofdcompetenties waar hulpverleners aan moeten voldoen om herstelondersteunend te kunnen werken. Die competenties zijn overgenomen door de *New Zealand Mental Health Commission* en worden langzamerhand breed ingevoerd in het Nieuw-Zeelandse onderwijs.

O'Hagan heeft, in samenwerking met ervaringsdeskundigen, het document 'Competencies for New Zealand Mental Health Workers' (2001) opgesteld. In dit document staan de tien competenties beschreven die in het onderwijs dienen te worden ingebed om herstelondersteunende hulpverleners op te leiden.

Vanuit de CoP kwam de vraag in hoeverre die competenties onderwezen worden aan de Hanzehogeschool Groningen. Daarom hebben we in samenwerking met studenten Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) een onderzoek ingesteld naar de aandacht voor deze competenties binnen de opleiding SPH aan de Hanzehogeschool Groningen. Op de volgende pagina vindt u de vertaling van de 10 competenties.

Een competente werker binnen de geestelijke gezondheidszorg:

1. heeft een goed begrip van de principes van en ervaringen met herstel in de Nederlandse en internationale context;
2. erkent en ondersteunt de persoonlijke kracht en de capaciteiten van mensen met een psychiatrische aandoening;
3. heeft een goed begrip van de verschillende gangbare visies op psychiatrische ziekten, behandelingen, dienstverlening en herstel en weet deze visies adequaat toe te passen;
4. heeft het zelfinzicht en de vaardigheden om met de gebruikers van dienstverlening goede relaties te ontwikkelen en respectvol te communiceren;
5. kent en beschermt op actieve wijze de rechten van de gebruikers van de dienstverlening;
6. kent fenomenen van discriminatie en sociale uitsluiting en de uitwerking hiervan op de gebruikers van dienstverlening en weet hoe deze uitwerking te verminderen;
7. neemt goede nota van de verschillende culturen in de Nederlandse samenleving en weet hoe met verschillende culturen en groeperingen op basis van 'partnership' samen te werken in het kader van dienstverlening;
8. heeft omvattende kennis van het sociaal psychiatrische dienstaanbod en het aanbod op het gebied van welzijn en ondersteunt gebruikers van dienstverlening op actieve wijze bij het gebruik hiervan;
9. kent de cliëntenbeweging en is in staat vertegenwoordigers hiervan te ondersteunen in hun betrokkenheid bij hulp- en dienstverlening;
10. kent het perspectief van familieleden, ook in verschillende culturele groeperingen, en is in staat deze te ondersteunen in hun betrokkenheid bij hulp- en dienstverlening.

Mental Health Commission Recovery Competencies, New Zealand, 2001. Vertaling: Jos Dröes.

Gepubliceerd in: Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid voor mensen met psychische aandoeningen. Redactie: Wilma Boevink, Annette Plooy en Sonja van Rooijen. Amsterdam, SWP, 2006. Hoofdstuk: Rehabilitatiescholing en herstel, p.197-203.

Het onderzoek

Door studenten van de opleiding SPH aan de Hanzehogeschool Groningen werd een onderzoek uitgevoerd onder begeleiding van de onderzoeker betrokken bij het RAAK-project.

Er is binnen het onderzoek gekozen voor mondelinge ondervragingen van docenten aan de Hanzehogeschool. Omdat de ondervragingen individueel waren, kon men vrijuit antwoord geven en was de non-verbale communicatie zichtbaar, zodat hier direct op gereageerd kon worden.

Ter voorbereiding op de ondervraging zijn de respondenten vooraf geïnformeerd over de vragen die gesteld zouden worden en over de tien Herstelondersteunende competenties volgens het Nieuw-Zeelandse model.

De ondervragingen waren semigestructureerd. Van tevoren zijn er een aantal vragen geformuleerd die gesteld moesten worden. Tijdens de ondervraging is er op een aantal antwoorden doorgevraagd en zijn er vragen gesteld die ten tijde van de ondervraging pas aan bod kwamen. Er werd dus niet strak vastgehouden aan de vragenlijst.

De vragenlijst is opgedeeld in de drie onderwerpen:

- Herstel (bent u bekend met het begrip herstel?)
- Curriculum van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (hoe bekend bent u met het curriculum?)
- Herstelondersteunende competenties volgens het Nieuw-Zeelandse model. (welke van deze competenties zitten in de opleiding SPH?)

Door contact via de e-mail heeft de ontvanger de mogelijkheid om de competenties meerdere malen door te lezen en het te voorzien van commentaar of feedback.

De resultaten en de conclusie

De resultaten van het onderzoek gaven een verrassend beeld. De denkwijze dat we de herstelcompetenties eenvoudigweg invoegen in de opleiding SPH werd tijdens het verloop gecorrigeerd. De uitkomst is in ieder geval, dat de meeste herstelcompetenties wel in de opleiding zitten op één of andere manier. Vooral werd duidelijk, dat het niet alleen gaat om de vraag of de competenties onderwezen worden, maar veel meer om de vraag hoe die onderwezen worden. Welke attitude en houding wordt aangeleerd?

Een aantal citaten van de respondenten om dit idee te illustreren:

“Vraag gestuurd werken van vroeger is voor een deel Herstelondersteuning. Je hebt onderscheid tussen verzorgen, behandelen en helpen. Hulpverleners moeten afleren om verzorgers te zijn. Iedereen kan zijn eigen leven runnen, daar gaat het bij herstel ook om. Leef je eigen leven, neem de regie over je eigen leven die jij zinvol vindt.”

“Herstel is iets dat mensen met een beperking zelf doen. Dat jezelf leeft voorbij je beperking. Herstel is leren leven met je beperking, dat het je leven niet domineert. De IRB (individuele rehabilitatie benadering) gaat uit van de wens van de cliënt. De andere rehabilitatiestromen gaan uit van de deskundigheid van de hulpverlener. In die zin is IRB, als je het goed doet, per definitie Herstelondersteunend.”

“Ik denk dat je niet om Herstelondersteuning heen kan, niet in negatieve zin. Het zou altijd het leidende principe moeten zijn. Maar er is denk ik nog wel veel voor nodig om de zorg Herstelondersteunende te maken. Ik vind dat rehabilitatie ook niet het roer overneemt van de cliënt, in die zin past het bij herstelondersteuning goed thuis. Rehabilitatie is geen herstel, maar kan wel een onderdeel zijn van.

Ik denk dat ervaringsdeskundigen in de hulpverlening. Zij kunnen hun verhaal vertellen, wat ik niet zou kunnen.

De huidige ontwikkelingen in de hulpverlening, zoals het productiegericht werken, staan haaks op Herstel.”

“Herstel kan betekenden dat de hond en de buurvrouw een grotere rol spelen dan de hulpverlener, maar jij moet hierin je plaats kennen.

In de verslavingszorg wordt steeds anders nagedacht. Eerder was het behandeldoel van een verslaafde, om af te kicken. Nu is het veel meer een leefbaar leven leiden, met of zonder de verslaving, Dit is zelfde soort manier hoe herstel mensen met psychische aandoeningen benaderd.

In de hulpverlening wordt vaak gezegd dat de cliënt centraal staat. In de realiteit wordt hier vaak naar gestreefd, maar is dit vaak zo anders.”

“Herstel en Rehabilitatie zijn een geheel. Ik kan niet over IRB vertellen, zonder het over Herstel te hebben. De IRB zegt dat de hulpverlener kan bijdrage in Herstel. Iemand zijn eigen kracht laten zien en hem hoop geven is voor mij het ondersteunen van Herstel.

Rehabilitatie is de wens van de persoon en Herstel is het leven met en voorbij je beperking. Bij herstel gaat het erom dat je erkent en accepteert dat het niet meer gaat.

Je moet deskundige worden van je eigen ziekte je beperking. Je moet er mee om kunnen gaan.”

Het lijkt dus veel meer te gaan om een aanpassing van het totale onderwijs en niet alleen het toevoegen van onderwijs gericht op de 10 competenties door middel van een module of cursus herstel. Alles wat men leert tijdens de opleiding SPH kan herstelondersteunend zijn als het op die manier wordt gebruikt. Om de opleiding SPH een opleiding te laten zijn die hulpverleners opleidt tot herstelondersteuners dient men dus vooral een houding en attitude aan te leren. Herstel zou een onderwerp en leidend principe moeten zijn in alle cursussen waaruit de opleiding bestaat.

5 Implementatie

Een wens van beide CoP's was dat er een implementatieplan geformuleerd zou worden waarmee men aan de slag kon om ervaringsdeskundigheid en herstelondersteunende zorg binnen de instelling te implementeren. Tijdens de bijeenkomsten werd duidelijk, dat implementatietrajecten per instelling anders verlopen. Een standaard implementatieplan is daarmee slecht bruikbaar. Door uitwisseling van kennis over de projecten die al lopen binnen de instellingen zijn we er wel in geslaagd een aantal aspecten te benoemen die van belang zijn voor de implementatie van ervaringsdeskundigheid en herstelondersteunende zorg. De kennis over implementatie is in de loop van het project gegroeid door uitwisseling tussen de leden van beide CoP's, onderzoek naar de ervaringen bij andere instellingen (SBWU, Pameijer Rotterdam) waar men al langer met ervaringsdeskundigen werkt en waar herstelondersteuning onderdeel is van de missie van de instelling. Door deze kennis te combineren werd een document samengesteld dat aan de leden van beide CoP's ter discussie werd voorgelegd. Aan de hand van die discussie werd de kennis verfijnd en uitgebreid en uiteindelijk verwerkt tot de aanbevelingen in dit hoofdstuk.

Herstel en ervaringsdeskundigheid horen bij elkaar

Herstel en ervaringsdeskundigheid (en empowerment) kunnen niet van elkaar worden losgekoppeld. Analyse en reflectie op eigen ervaringen vormen de bakermat van ervaringsdeskundigheid en zijn tevens nodig voor herstel. Het leidt tot inzicht in de eigen situatie, waardoor iemand beter kan omgaan met de beperkingen en het herstelproces verder kan vormgeven. Andersom kunnen we zeggen, dat iemand die ervaringsdeskundigheid heeft verworven, een herstelproces moet hebben doorlopen. Ervaringsdeskundigheid betekent immers dat een persoon kan omgaan met zijn/haar beperkingen en in staat is zijn/haar ervaringskennis over te dragen.

Ervaringsdeskundigen zijn daarom bij uitstek geschikt voor het implementeren van herstelondersteunende activiteiten. Bij voorkeur ervaringsdeskundigen die bekend zijn met de organisatie. Zij weten uit eigen ervaringen op welke punten binnen de organisatie verbeteringen op het gebied van herstelondersteuning het meest wenselijk zijn en hebben tevens de beste contacten met andere cliënten.

Bovendien zullen zij degenen zijn die uiteindelijk een groot aantal van de initiatieven moeten uitvoeren. Ik denk dan aan het voorzitten van herstelwerkgroepen, zelfhulpgroepen, voorlichtingen, enzovoort.

Zijn er binnen de instelling geen mensen met ervaringsdeskundigheid dan kan zo'n traject ook opgestart worden met ervaringsdeskundigen van buiten de instelling. De trajecten van het HEE-team waarbij ervaringsdeskundigen in een instelling herstelinitiatieven opstarten zijn hier een voorbeeld van. Zo werd bij GGZ Drenthe het traject overgenomen door een ervaringsdeskundige die wel bekend was met de instelling en bleef de daar opgestarte herstelwerkgroep (zelfhulpgroep) bestaan, zelfs na afloop van het HEE-traject.

Implementeren van herstelondersteunende zorg gaat niet zonder ervaringsdeskundigen (zoals ook uit het hoofdstuk over ervaringsdeskundigheid al bleek) en ervaringsdeskundigen zijn onthand in een organisatie die niet wil werken aan implementatie van herstelondersteunende zorg.

Start in projectvorm

Naar ervaringen binnen de SBWU (Utrecht) en Pameijer (Rotterdam) heeft de start van implementatie van herstelondersteuning meer kans van slagen als het een project is. Dat betekent een werkgroep met voornamelijk ervaringsdeskundigen (of capabele mensen met cliëntervaring) die als opdracht krijgen een programma te ontwerpen ten behoeve van herstelondersteuning binnen de instelling. Dit is niet te verwarren met een herstelwerkgroep, wat geen projectgroep is, maar een zelfhulpgroep.

De projectgroep kan ondersteund worden door HEE of door andere organisaties die al ervaring hebben met implementatie van herstelondersteuning en ervaringsdeskundigheid.

De voordelen van de start van een implementatietraject op deze manier zijn vooral, dat er meteen ervaringsdeskundigen betrokken zijn bij de organisatie en dat die ervaringsdeskundigen ook een stem krijgen. De organisatie heeft immers zelf besloten herstelondersteuning te willen implementeren en heeft daarvoor de projectgroep opgestart. Het is ook niet zo, dat zo'n projectgroep uit alleen ervaringsdeskundigen zou moeten bestaan. Beter werkt het zelfs, als er in de

projectgroep ook mensen zitten vanuit bijvoorbeeld het management en van de werkvloer.

Ook het maatwerk dat geleverd wordt door een projectgroep is een voordeel. Men hoeft niet opnieuw het wiel uit te vinden en maakt gebruik van de kennis die over herstelondersteuning en ervaringsdeskundigheid voorhanden is, maar sluit tevens aan bij de instelling waarvoor ze hun werk doen.

Wat een herstelondersteunende organisatie precies is, is nog geen eenduidige omschrijving voor, maar daar hoeven we niet op te wachten. De herstelvisie is langzamerhand goed uitgekristalliseerd. Laat de projectgroep de verdere invulling vormgeven.

Maak de cliënten enthousiast

Een zorgorganisatie wordt gedragen door haar cliënten. Als cliënten herstel willen en op de hoogte zijn van mogelijkheden, dan zullen herstelprojecten makkelijker en beter op gang komen dan wanneer het eenvoudig een deel van het aanbod van de zorginstelling wordt. Start met voorlichting aan cliënten over herstel en betrek daarbij ook zo snel mogelijk cliënten zelf. Een volgende stap zou kunnen zijn een herstelwerkgroep of een andere vorm van zelfhulpgroep. Als de cliënten van de instelling enthousiast worden over herstel, dan ontwikkelen ze (een deel ervan) ervaringsdeskundigheid die vervolgens ingezet kan worden binnen de eigen organisatie. Daarnaast fungeren cliënten die vorderen in hun herstelproces een inspiratiebron voor andere cliënten.

Deze werkwijze valt samen met de aanbeveling om te starten met een projectgroep. Ook in die aanbeveling werd het belang van de inzet van cliënten zelf al duidelijk. Cliënten die door middel van voorlichting, zelfhulpgroepen en andere activiteiten ervaringsdeskundigheid ontwikkelen en enthousiast raken over herstelondersteuning kunnen een functie vervullen in de projectgroep die de opdracht had om herstelondersteuning binnen de instelling van de grond te krijgen.

Erken de cliënt als deskundige

Zonder direct te spreken van ervaringsdeskundigheid, kunnen we stellen, dat de cliënt zelf de deskundige is als het gaat over zijn/haar persoonlijke herstelproces. Deze deskundigheid zou leidend moeten zijn in de behandeling of begeleiding. Dit is een eenvoudig principe waarmee gestart kan worden als opstap naar de verdere invulling van de kenmerken van een herstelondersteunende organisatie zoals die in het hoofdstuk 'herstelondersteunende Zorg' zijn genoemd. De erkenning van de deskundigheid van de cliënt over zijn/haar eigen leven kan de volgende effecten hebben:

- De regie over de behandeling en begeleiding komt in handen van de cliënt. Dit is één van de pijlers van herstelondersteunende zorg. Bovendien zal de zorg beter aansluiten bij de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt omdat deze zelf een groot aandeel heeft in de beslissingen die genomen worden over zijn/haar leven.
- De bescheiden houding van de hulpverlener waar Dröes het over heeft is een logisch gevolg van de erkenning van de deskundigheid van de cliënt. Als hulpverlener loop je maar een klein stukje mee in het gehele leven van een cliënt en kun je dus nooit een volledig genoeg overzicht hebben om alle beslissingen zelf te nemen.
- Als de hulpverlener zich realiseert, dat hij/zij de kennis van de cliënt nodig heeft om beslissingen te nemen over de behandeling en begeleiding, ontstaat er een samenwerkingsrelatie. Er ontstaat gelijkwaardigheid, doordat cliënt en hulpverlener samen de behandeling en begeleiding vorm geven. Een gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en cliënt bevordert het herstel en werkt empowerend.
- Cliënten worden zo actiever betrokken bij hun eigen herstelproces, want herstel gaat niet vanzelf en vereist inzet van de cliënt zelf. Als iemand weet, dat hij/zij hulp krijgt wanneer nodig, maar zelf mag blijven beslissen over alle aspecten van zijn/haar leven, dan is het makkelijker om de kracht te vinden die nodig is voor het werken aan herstel.

Vanuit de CoP kwam terecht de opmerking, dat deze aanbeveling niet zo eenvoudig in praktijk te brengen is als het lijkt. Het vereist een attitudeverandering bij een (al dan niet groot) deel van de behandelaars en begeleiders, maar levert hen ook veel op. Al jaren zijn professionals op zoek naar methodiek die beter aansluit bij de wensen en behoeften van cliënten. Deze vuistregel (cliënt heeft de regie en is deskundige over zijn/haar herstelproces) heeft precies dat effect.

Nothing about us without us

Een bekende uitspraak van Patricia Deegan (een welbekende ervaringsdeskundige uit de VS), waarmee zij wil zeggen, dat er geen beslissingen over cliënten genomen moeten worden zonder de inbreng van cliënten zelf. Dit geldt voor casusbesprekingen, maar ook voor bijvoorbeeld werkgroepen die binnen de instelling geformeerd worden met als doel de zorg te verbeteren.

Als er binnen de organisatie een werkgroep geformeerd wordt die zich gaat buigen over zorginhoudelijke vernieuwingen, is het handig daar cliënten die kunnen deelnemen (en die zijn er altijd) daarbij uit te nodigen. Waarom zou je het risico lopen dat de vernieuwingen uiteindelijk niet aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten? Door cliënten uit te nodigen mee te denken over de zorgvernieuwingen zullen die veel beter aansluiten. Maak er gewoonte van geen enkele zorginhoudelijke vernieuwing in te voeren zonder daarover cliënten te raadplegen. Het is dan wel van groot belang, dat de cliënten dan binnen de werkgroep ook als volledig lid gewaardeerd worden. Mochten er binnen de instelling echt geen cliënten gevonden worden die dit willen of kunnen doen, dan is de tweede optie om ervaringsdeskundigen van buiten de instelling aan te trekken. De werkgroep toch maar te vormen zonder inbreng van cliënten of ervaringsdeskundigen zou geen optie moeten zijn.

Cliënten uitnodigen bij de bespreking van hun eigen dossier kan op vele manieren. Vanuit de CoP ervaringsdeskundigheid werd opgemerkt, dat een directe uitnodiging in de bestaande vergadering niet praktisch is. De professionals zijn gewend in professionele taal te vergaderen en die taal is niet altijd te volgen voor mensen die niet in de zorg werkzaam zijn. Daarnaast vindt de bespreking op een relatief zakelijke manier plaats, terwijl het voor de betrokken cliënt om heel gevoelige zaken gaat.

Dit kan ernstig botsen. Een goede methode zou zijn om de cliënt van te voren te vragen wat er besproken zou moeten worden en achteraf daarvan verslag uitbrengen aan de cliënt. Op die manier is er toch inbreng van de cliënt zelf en openheid naar de cliënt toe. Deze inbreng en openheid kunnen op hun beurt empowerment bevorderen en zorgen ervoor, dat de regie in handen van de cliënt zelf blijft.

Neem meer dan één ervaringsdeskundige aan

Een grote valkuil die zowel in Groningen als bij de SBWU als bij Pameijer in Rotterdam ontdekt is, is dat een ervaringsdeskundige die geen ervaringsdeskundige collega's heeft, moeilijk voet aan de grond krijgt binnen de organisatie. Het gaat hier wel om een ervaringsdeskundige die ook als zodanig werkt en niet om bijvoorbeeld een begeleider met ervaringsdeskundigheid. Binnen FACT-teams zien we in veel gevallen, dat de ervaringsdeskundige moeilijk onderdeel van het team wordt. Eigenlijk is dit niet verbazingwekkend. Ervaringsdeskundigen werken veelal aan herstel binnen een organisatie. Herstel vereist een verandering van de organisatie en die is niet zo eenvoudig gerealiseerd. Sparren met collega's over de hobbels die iemand in zijn/haar werk tegenkomt, is voor iedereen prettig. Daarom worden in vrijwel alle organisaties periodieke werkoverleggen georganiseerd. Het is dan goed om met collega's van gedachten te wisselen die aan hetzelfde doel werken. Ervaringsdeskundigen die met meerderen werken, geven aan meer te bereiken op het gebied van herstelondersteuning en zijn meer tevreden met hun functie (SBWU, Pameijer).

Verwacht geen 'vandaag op morgen' verandering

Van traditioneel werken naar herstelondersteunend werken kost tijd. Het gaat bij deze verandering voor een deel om de attitude van medewerkers. Zij moeten plotseling de cliënten als gelijkwaardig gaan zien, zichzelf kwetsbaar opstellen, een bescheidener houding aannemen, enzovoort. Herstelondersteunend werken vereist een substantiële aanpassing van de traditionele werkwijze binnen de hele organisatie. Het succes van het implementatietraject is dus grotendeels afhankelijk van de medewerkers en die hebben tijd nodig om het idee van de herstelvisie te

begrijpen en hun werkwijze erop aan te passen. Gun uw medewerkers die tijd en zet kleine stappen. Ineens willen veranderen zal tot veel weerstand leiden.

Opgelegd of van onder naar boven?

Vaak wordt gedacht, dat herstel en ervaringsdeskundigheid ofwel van bovenaf (management) moet worden opgelegd of wel totaal van de werkvloer of de cliënten moet komen. Beide zijn een misvatting gebleken. Om herstel en ervaringsdeskundigheid goed te implementeren is draagvlak nodig op alle niveaus. Daarom is het zeer goed om met locaties of afdelingen te spreken over initiatieven zoals themamiddagen georganiseerd door cliënten of herstelwerkgroepen en tegelijkertijd ervoor te pleiten cliënten te betrekken bij het zorginhoudelijk bestuur van de organisatie. Op die manier wennen mensen aan het idee, dat cliënten meewerken in de organisatie. Dit past binnen het aspect van tijd gunnen, want we moeten ons realiseren, dat het best een omschakeling vereist om cliënten in die rollen tegen te komen. Ook voor cliënten zal het even wennen zijn, dat ze plotseling zoveel zelf moeten doen, althans dat gevoel kan ontstaan.

Daarnaast past binnen een herstelondersteunende instelling dat het principes hanteert van samenwerking. Herstelondersteunende hulpverlening is zoals gezegd een samenwerkingsrelatie tussen hulpverlener en cliënt. Als dat principe van gelijkwaardigheid ook binnen de instelling als geheel wordt gehanteerd, is het makkelijker over te brengen naar de cliënten en de medewerkers die niet over het beleid beslissen.

Tot slot

De aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn tot stand gekomen op grond van ervaringen van de deelnemers van de CoP en van andere instellingen. Implementatie van herstelondersteunende zorg en ervaringsdeskundigheid over de hele breedte van een zorginstelling staat nog in de kinderschoenen. De aanbevelingen kunnen dienen om te voorkomen, dat dezelfde fouten gemaakt worden en steeds opnieuw dezelfde uitvindingen moeten worden gedaan.

In de nabije toekomst zullen steeds meer instellingen kennis ontwikkelen over het implementeren van ervaringsdeskundigheid en herstelondersteunende zorg en zal er een vollediger beeld ontstaan over hoe een dergelijk implementatietraject verloopt.

6 Evaluatie van de werkvorm CoP

De CoP's hebben gefunctioneerd zoals de opzet was. Er heeft kenniscirculatie plaatsgevonden tussen de professionals, docenten, studenten en ervaringsdeskundigen en door de uitwisseling van kennis is er nieuwe kennis gecreëerd.

Hoe hebben de deelnemers aan de CoP's deze werkvorm zelf ervaren? Tijdens de laatste bijeenkomst werden leden gevraagd in te vullen en toe te lichten wat zij het meest positief vonden en wat volgens hen voor verbetering vatbaar was.

Positieve effecten

- De gevarieerde samenstelling van de CoP werd als zeer positief ervaren. Deelnemers vonden het prettig om informatie uit te wisselen en te discussiëren met mensen uit verschillende gelederen van de zorg. Docenten, studenten, ervaringsdeskundigen, managers en hulpverleners werkten samen aan hetzelfde doel.
- Veel deelnemers gaven aan kennis te hebben opgedaan over herstelondersteuning en ervaringsdeskundigheid.
- De leden van de CoP's gaven aan gegroeid te zijn in hun deskundigheid. Professionals leren over de visie van docenten en ervaringsdeskundigen en andersom.
- Deelnemers zeiden tijdens de evaluatie dat ze via de CoP's verschillende contacten te hebben gelegd die nuttig zijn voor het uitoefenen van hun vak en hun op professioneel vlak verder kunnen helpen.
- Men gaf aan het te waarderen, dat de bijeenkomsten productief en constructief waren.

Verbeterpunten

- De belangstelling van sommige leden van de CoP's zakte in de loop van het project weg, waardoor de opkomst in het tweede jaar bij de bijeenkomsten lager was dan in het eerste jaar.
- Leden gaven aan graag wat actiever te zijn geweest. Sommigen hadden het gevoel van bijeenkomst naar bijeenkomst te gaan, zonder tussendoor bezig te zijn met het RAAK-project. Dit kan verbeterd worden door zeer heldere doelen te formuleren voordat het project van start gaat. De vraag is wel of dat het proces van kenniscirculatie niet zou schaden.
- Sommige leden hadden binnen hun organisatie moeite met het onder de aandacht brengen van dit project. Ze zouden daar meer in gesteund kunnen worden door de projectorganisatie zodat de kennis zich gemakkelijker verspreid binnen de deelnemende instellingen.
- Leden waren graag meer betrokken geweest bij het onderzoek dat uitgevoerd werd naast de verwerking van de discussies. Sommige leden hadden het gevoel dat er minder resultaat geboekt werd dan in werkelijkheid het geval is.

Over het algemeen waren de leden van de CoP vooral te spreken over de kennisuitwisseling binnen een gevarieerd gezelschap. Men heeft dat als zeer interessant ervaren en gaf aan, dat hun eigen deskundigheid hierdoor werd bevorderd. De projectorganisatie heeft zich bewust op de achtergrond gehouden om de regie bij de CoP's te laten. Toch is juist dit genoemd in een aantal verbeterpunten. De projectorganisatie zou zich als taak moeten stellen de resultaten van het project breed te verspreiden en actiever contacten onderhouden met de deelnemende instellingen (met anderen dan de leden van de CoP's) om op die manier het project (vooral bij het management van de instelling) levend te houden en de deelnemers te steunen de kennis binnen hun instelling te promoten.

Geraadpleegde bronnen

- Aart, K. van, Bakel, M. van, Brugman, M. Dröes, J., Thuss, J. & Witsenberg, C. (2008) Herstelbeweging in Nieuw-Zeeland. Wat kunnen we er van leren. *Tijdschrift voor Rehabilitatie. nr. 3, 14-23*
- Aggleton, Peter et al. *Young People and Mental Health*. Wiley, 2000.
- Anthony, William A. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Volume 16, Number 4, 1993.
- Boevink, W. & Dröes, J. (2005). Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen?. *Psychopraxis, 07, 14-20*.
- Boevink, W. (2006) *Verhalen van herstel, samenwerken met ervaringskennis in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Boevink, W., Beuzekom, J., Gaal, E. Jadby, A., Jong, F., Klein Bramel, M. Kole, M. et al (2002) *Samen werken aan herstel. Van ervaringen delen naar kennis overdragen*. Utrecht: Trimbos- instituut.
- Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen, S. van (2006) *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid, van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SPV.
- Campbell, Jean, et al. *The Well-being Project: Mental health clients speak for themselves*. California Department of Mental Health, Sacramento, CA, 1989.
- Carling, Paul J. *Return to Community: Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. Guilford Press, New York, 1995
- Coursey, R., Curtis, LC, Mausch, D, et al. Competencies for Mental Health Workers.
- Crowley, Kathleen. *The Power of Procovery in Healing Mental Illness*. Kennedy Carlisle Publishing, USA, no date. www.procovery.com
- Curtis, Laurie. *New Directions: International Overview of Best Practices in Recovery and Rehabilitation Services for People with Serious Mental Illness*. Center for Community Change, University of Vermont, USA, 1997.
- Dröes, J. (2005) *Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel van mensen met psychiatrische problematiek*. Amsterdam: SWP.

- Elfers, L. (2008) Het huis aan zee: een crisisopvang de luxe. Ervaringsdeskundigen in Nieuw-Zeeland geven het goede voorbeeld. *Tijdschrift voor Rehabilitatie. nr. 3, 25-28*
- Erp, N. van, Hendriksen-Favier, A., Hoeve, M. & Boer, M. (2008) *Werken met begeleiders in de GGZ met ervaringsdeskundigheid; Een onderzoek naar voordelen, valkuilen en belangrijke condities voor de inzet en scholing van BGE-ers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Fisher, Daniel. *A New Vision of Recovery*. National Empowerment Center, USA, no date. www.power2u.org
- Grohol, John. *The Insider.s Guide to Mental Health Resources Online, 2000/2001 Edition*. Guilford Press, New York, 2000.
- Korevaar, L., & Dröes, J. (2008) *Handboek rehabilitatie, voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Mitchell, Leslie J. *A Clinician.s Guide to Discovering and Maintaining Recovery for Mental Health Consumers and their Family/Whanau/Carer*. 2000.
- Nuy, M. & J. Dröes, *De Individuele Rehabilitatie Benadering. Inleiding tot gedachtegoed, techniek en randvoorwaarden*. Amsterdam: SWP
- O'Hagan, M. (2001) *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*, resource and written for the Mental Health Commission, published by the Mental Health Commission.
- Oei, T.I., Kalmthout, A.M. van (1997) *Psychiatrie & Justitiabelen*. Gauda: Quint.
- Opleidingsexamen Reglement van de studie Sociaal Pedagogische Hulpverlening binnen de Hanzehogeschool Groningen.
- Projectgroep Landelijk Opleidingskwalificaties Sociaal Pedagogische Hulpverlening (1999) *De creatieve professional. Opleidingsprofiel en opleidingskwalificaties Sociaal Pedagogische Hulpverlening*. Amsterdam: SWP.
- *Psychosocial Rehabilitation Journal, 23: 4, 370-392.*
- Rapp, Charles. *The Strengths Model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. Oxford University Press, New York, 1998.
- Sayce, Liz. *From Psychiatric Patient to Citizen: Overcoming discrimination and social*

- Spaniol, LeRoy, et al. *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 1997.
- Studiehandleidingen en readers vanuit de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening die gericht zijn op Rehabilitatie.
- Swildens, W., Keijzerswaard, A. van & Valenkamp, M. (2001) *Rehabilitatie: hoe langer hoe beter, onderzoek naar individuele rehabilitatie in de psychiatrie*. Amsterdam: SWP.
- Weeghel, J. van & Dröes, J. Problemen in perspectief: Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54 (1999), p. 150-165.
- Witsenburg, C. (2008) Herstelgeoriënteerde geestelijke gezondheidszorg. Verslag van een studiereis naar Nieuw-Zeeland. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*. nr. 3, 4-12

Bijlage 1 ROPI (Recovery-Oriented Practices Index)

The item narrative and 5 behaviorally anchored scale points are meant to serve as a guide for scoring a program on the principle represented in each item. However, it is impossible to anticipate all circumstances and characteristics that may be displayed by a program. For those cases in which a particular program does not fit into any of the scale points provided, use the following general instructions for scoring the item (adapted from the Quality of Supported Employment Implementation Scale):

5 = *Full and complete adherence to all components of the principle stated in the item narrative.*

4 = *A close approximation to the principle, but falls short on 1 or more of the necessary components.*

3 = *A significant departure from the principle, but nonetheless partially embodies the necessary components.*

2 = *Very little presence of the principle.*

1 = *Absence of the principle*

1. Meeting Basic Needs – Indicating that the assessment, planning and delivery of all services should first address basic needs. Services should include assistance in these areas:

___1) *Shelter* – program has relationships with housing providers and has placed clients in housing through referrals; housing services are a basic component of care and not merely addressed in isolated situations. (Respondent should discuss role of housing in care.)

___2) *Food* – program routinely provides clients with help locating resources for food. (This is reflected in detailed knowledge of soup kitchens and food pantries and other resources in the community. Lack of such knowledge indicates the service isn't being provided and thus credit should not be given.)

___3) *Medical* – program assesses medical issues of clients, makes referrals to medical providers when necessary, and follows-up on clients with any medical difficulties. (Ask about two clients with significant medical issues and how program facilitated care.)

___4) *Entitlements* – program assists with entitlements for all clients that need them.

___5) *Clothing* – program provides clients with help locating resources for clothing, such as community organizations and thrift shops in the community. (Respondent must identify such resources or no credit is given.)

	1	2	3	4	5
1a. Assessments - assessment should cover basic needs in detail.	Assessments do not cover any basic needs, including shelter, food, medical care, entitlements, and clothing	Assessments typically (>60%) address basic needs in a cursory fashion (e.g., brief description of current housing or some assessment of medical issues)	Assessments typically (>60%) cover 1 or 2 basic needs in detail	Assessments typically (>60%) cover 3 or 4 basic needs in detail	Assessments typically (>60%) cover all 5 areas in detail
1b. Services - services related to basic needs should be provided routinely.	Program routinely provides 1 or no services related to basic needs	Program routinely provides 2 services related to basic needs	Program routinely provides 3 services related to basic needs	Program routinely provides 4 services related to basic needs	Program routinely provides all 5 services related to basic needs

2. Comprehensive services – indicating that a range of treatment services (medication, vocational, family-based, substance abuse, wellness, counseling, trauma) using different modalities (individual, group, peer) should be provided by the team, including the following:

___1) *Medication* – program provides prescriptions, medications, and delivery of medications.

___2) *Vocational* – program provides a range of proactive employment services, including job assessment, development, placement, coaching, and ongoing supports. (If program only assesses job needs and provides some coaching, then it doesn't pass for this indicator; there should be evidence of active job assistance that has resulted in at least 1 job placement.)

___3) *Substance abuse* – program provides both individual and group substance abuse counseling for clients. (No credit given if there is no group treatment.)

___4) *Counseling* – program provides individual counseling and symptom management. (Respondent should identify an instance in which counseling or psychotherapeutic intervention was provided to address a specific client difficulty. For example, helping a client suffering from panic symptoms overcome fears related to leaving the house.)

___5) *Family-based treatment* – program provides services to families designed to engage them in clients' treatment as demonstrated by frequent collateral visits with clients' families. (This should include frequent visits with collaterals and family-based groups run by the team. If one or the other is not present, no credit is given.)

___6) *Trauma services* – program assesses and provides services related to trauma for clients in need of such services. (This should include proactive efforts to identify clients suffering from trauma and targeted interventions to address it. Respondent should be able to identify at least two instances in which the team addressed an issue related to trauma.)

___7) *Wellness management* – program provides services designed to help clients manage their own symptoms and achieve valued personal goals. (This should include a group or use of a curriculum designed to promote clients ability to manage their symptoms. In the absence of a group or curriculum, no credit is given.)

	1	2	3	4	5
2a. Services – program should provide services in each of the above areas.	Program provides at least 2 of the services as part of routine care	Program provides 3 of the services as part of routine care	Program provides 4-5 of the services as part of routine care	Program provides 6 of the service as part of routine care	Program provides all 7 of the services as part of routine care

3. Customization and Choice – indicating that the planning and delivery of all services should be designed to address the unique circumstances, history, needs, expressed preferences, and capabilities of each consumer.

	1	2	3	4	5
3a. Program Documentation – program documentation should identify consumer choice as a fundamental principle of program philosophy.	Program brochures and documentation contain no mention of consumer choice		Program brochures and documentation refer to consumer choice but do not make it cornerstone of expressed program philosophy		Program brochures and documentation make clear that consumer choice is a fundamental principle guiding policies, procedures, and services

	1	2	3	4	5
<p>3b. Service Planning – service planning should reflect individualized client goals, with substantial variation across charts.</p>	<p>Treatment plans are boilerplate, with minimal to no variation across charts</p>	<p>Treatment plans show minimal variation in treatment goals, with 90% of charts having at least 1 similar or identical goal (for example, psychiatric stabilization, med adherence)</p>	<p>Treatment plans show moderate degree of variation in treatment goals, with 50-89% of charts having at least 1 similar or identical goal</p>	<p>Treatment plans show high degree of variation in treatment goals, with 20-49% of charts having at least 1 similar or identical goal</p>	<p>Treatment plans show substantial variation in treatment goals, with < 20% of charts having at least 1 similar or identical goal in most recent treatment plan</p>
<p>3c. Services – services should show considerable variation across clients, reflecting efforts to address individual client needs.</p>	<p>Services show minimal to no variation across client</p>	<p>Services show some variation (for example, some clients have an outside psychiatrist) but treatment is substantially the same across clients</p>	<p>Services show a moderate level of variation (e.g., substance abuse; some employment services)</p>	<p>Services show substantial variation (e.g., clients participate in range of groups) but efforts to address unique needs of individual consumers are minimal</p>	<p>Services show substantial variation and active efforts are made to address unique client needs (<i>respondent should be able to identify at least 3 clients with services that are unique to them</i>)</p>

4. Consumer Involvement/Participation – indicating consumer involvement should be integral to the planning and delivery of all services and to the determination of policies and procedures for program operations. Program should also actively recruit consumers who are hired with equality in pay, benefits, and responsibilities.

	1	2	3	4	5
<p>4a. Policies & Formal Mechanism for Consumer Input – program has policy and formal mechanism for soliciting consumer input that has resulted in demonstrable changes in program policies, procedures, or services.</p>	<p>Program policies do not specifically address consumer involvement in program activities or operations and there is no formal mechanism for promoting consumer involvement</p>	<p>Program has policies regarding consumer involvement but no formal mechanism for promoting consumer involvement</p>	<p>Program has policy and formal mechanism for promoting consumer involvement but mechanism is cursory (e.g., yearly satisfaction survey) and has not significantly informed program development</p>	<p>Program has policy and formal mechanism for promoting consumer involvement that has resulted in at least one significant change to program services (<i>respondent must identify this change</i>)</p>	<p>In addition to 4, program has consumer advisory board or consumer on program's governing body</p>
<p>4b. Policies for Consumer-Directed Service Planning – program has policy and protocol for promoting consumer involvement and control over service planning process.</p>	<p>Program has no policy or protocol regarding consumer's role in treatment planning</p>		<p>Program has policy but no protocol for consumer-directed service planning</p>		<p>Program has policy and protocol for consumer-directed service planning</p>

	1	2	3	4	5
4c. Staffing – program employs consumers in administrative and/or clinical staff positions at equal pay and with equal responsibility	Program employs no consumers or consumers are not paid equally		Program employs consumers in part-time positions or with limited responsibilities		Program employs consumers in full-time positions with equal pay and responsibilities

5. Network supports/community integration – indicating there should be active efforts in the planning and delivery of services to involve environmental supports in the consumer’s recovery and to promote community integration.

	1	2	3	4	5
5a. Services – Network Supports – program makes active efforts to involve clients’ support system in clients’ treatment. ¹	Fewer than 10% of clients have some member of their support network involved in treatment	11-20% of clients have some member of their support network involved in treatment	21-30% of clients have some member of their support network involved in treatment	31-40% of clients have some member of their support network involved in treatment)	> 41% of clients have some member of their support network involved in their treatment

5b. Services to promote community integration include:

___1) *Self-Help* – program makes routine referral to self-help groups. (A list or detailed knowledge of self-help groups in team’s immediate area should be readily available.)

___2) *Non-mental Health Activities* – program routinely facilitates clients’ participation in non-mental health activities. (Respondent should be able to identify at least 3 instances in which clients were given assistance to participate in a desired activity, which may include educational, recreational or other pursuits. Group outings should not be counted toward this indicator)

___3) *Vocational Services* - program provides a range of proactive employment services, including job assessment, development, placement, coaching, and ongoing supports. (If program only assesses job needs and provides some coaching, then it doesn’t pass for this indicator; there should be evidence of active job assistance that has resulted in at least 1 job placement.)

¹ Involved is defined as having at least 1 visit or contact (by phone is okay) in last 2 months.

	1	2	3	4	5
5b. Services – Community Integration – program provides a range of services designed to promote consumer’s integration into community.	Program provides no services related to community integration		Program provides 1 service related to community integration	Program provides 2 services related to community integration	Program provides all 3 of the services related to community integration

6. Strengths-based approach – indicating that service delivery and planning should be fundamentally oriented toward consumer’s strengths rather than deficits.

	1	2	3	4	5
6a. Assessment – program assessment form addresses consumer strengths in multiple areas.	Assessment form does not address consumer strengths		Assessment form includes one generic section on strengths		Assessment form addresses strengths in multiple areas of functioning
6b. Service planning – program service planning form integrates strengths into treatment goals.	Service planning form does not address role of consumer strengths		Service planning form includes one generic section on strengths		Service planning form promotes integration of strengths into the achievement of treatment goals
6c. Program Documentation – program policies or brochures include documented goal of promoting consumer strengths	Program has no documented goal of promoting a strengths-based approach		Program documentation includes mention of promoting consumer strengths but it is not basic to program philosophy		Program documentation evinces clear emphasis on consumer strengths as a basic principle of care

7. Client as Source of Control/Self-Determination – indicating that the development of autonomous motivation and feelings of self-agency should be integral to the planning and delivery of all services, with minimal reliance on coercive treatment alternatives (e.g., rep payee, outpatient commitment orders, and involuntary hospitalization).

	1	2	3	4	5
7a. Representative Payee – program should use rep payee to a minimal extent.	>41% of clients have the program as its rep payee	31-40% of clients have the program as its rep payee	21-30% of clients have the program as its rep payee	6-20% of clients have the program as its rep payee	<5% of clients have the program as its rep payee
7b. Outpatient Commitment – program should minimally employ outpatient commitment.	Program has sought to <i>renew</i> the outpatient commitment orders of >80% of clients who have had AOT status in past 12 months	Program has sought to <i>renew</i> the outpatient commitment orders of 61-79% of clients who have had AOT status in past 12 months	Program has sought to <i>renew</i> the outpatient commitment orders of 50-60% of clients who have had AOT status in past 12 months	Program has sought to <i>renew</i> the outpatient commitment orders of 30-49% of clients who have had AOT status in past 12 months	Program has sought to <i>renew</i> the outpatient commitment orders of <30% of clients who have had AOT status in past 12 months

	1	2	3	4	5
7c. Involuntary Hospitalization – program should minimally employ involuntary hospitalization.	Involuntary hospitalizations are >21% of total # of hospitalizations in last 12 months	Involuntary hospitalizations are 16-20% of total # of hospitalizations in last 12 months.	Involuntary hospitalizations are 11-15% of total # of hospitalizations in last 12 months.	Involuntary hospitalizations are 5-10% of total # of hospitalizations in last 12 months.	Involuntary hospitalizations are <5% of total # of hospitalizations in last 12 months.

8. Recovery Focus – indicating that services should be oriented toward life roles, client aspirations, and independence from services, including techniques for self-management of mental health symptoms, development of meaningful activities, and assistance with employment, parenthood, and romantic relationships.

	1	2	3	4	5
8a. Service Plan – service plan should address individual goals related to life roles, client aspirations, and relationships.	<20% of service plans include one goal related to life roles, client aspirations, or relationships	21-40% of service plans include one goal related to life roles, client aspirations, or relationships	41-60% of service plans include one goal related to life roles, client aspirations, or relationships	61-80% of service plans include one goal related to life roles, client aspirations, or relationships	>80% of service plans include one goal related to life roles, client aspirations, or relationships
8b. Services – program provides services designed specifically to promote participation in life roles, to achieve valued goals and aspirations, to self-manage illness, and to enhance relationships with others.	Approximately <10% of total service provided is designed to address life roles, client aspirations, self-management of illness, or improving relationships (e.g., one group on goals or illness management)	10-20% of total service provided is designed to address life roles, client aspirations, self-management of illness, or improving relationships	21-30% of total service provided is designed to address life roles, client aspirations, self-management of illness, or improving relationships	31-40% of total service provided is designed to address life roles, client aspirations, self-management of illness, or improving relationships	>50% of total service provided is designed to address life roles, client aspirations, self-management of illness, or improving relationships <i>(substantial focus on recovery is evident in range of programming and embrace of recovery as guiding philosophy)</i>
8c. Training – program provides routine training to all staff in topics relevant to recovery-oriented practice (e.g.,	Program has provided no training in the last year on a topic related to recovery		Program has provided training in recovery, empowerment, or person-centered		Program provides training on a topic related to recovery, empowerment, or person-centered

recovery philosophy or person-centered treatment planning)			treatment planning within the last year		treatment planning as a part of orientation for each staff person.
--	--	--	---	--	--

Bijlage 2 ROSI (Recovery Oriented Systems Indicators)

RECOVERY ORIENTED SYSTEMS INDICATORS MEASURE (ROSI)
Dumont, J. M., Ridgway, P., Onken, S. J., Dornan, D. H., & Ralph, R. O.

Neem voor meer informatie contact op met:

Steven J. Onken, Ph.D.
Columbia University School of Social Work
Email: so280@columbia.edu
Phone: (212) 851-2243

of

Jeanne M. Dumont, Ph.D.
Consultant in Mental Health Services Research
E-mail: jdumont@lightlink.com
Phone (607) 273-8021

Gebruik van ROSI

De 'ROSI' wordt ondergebracht in het publieke domein. Toestemming vragen voor gebruik wordt aanbevolen, maar is niet vereist voor het gebruik van het instrument. Betalingen gerelateerd aan het meetinstrument geven recht op alle benodigde of aangevraagde technische ondersteuning of training.

RICHTLIJNEN VOOR ROSI

Het ROSI is ontwikkeld vanuit en verankerd in de doorleefde ervaring van volwassenen met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen. Het ROSI gebruikers zelf-onderzoek en het bijbehorende administratieve profiel zijn daardoor ontworpen om de mate van herstel georiënteerdheid van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen te meten.

Het gebruik van het uit 42-items bestaande ROSI gebruikers zelfonderzoek zonder het daarmee verbonden gebruik van het ROSI administratieve profiel wordt *niet aanbevolen*. Het 42-item gebruikers zelfonderzoek wordt gecombineerd door het administratieve gegevens profiel. Gegevens verzameld door het hanteren van het zelfonderzoek alléén zijn incompleet. Het administratieve profiel verzameld data met betrekking tot belangrijke indicatoren van de herstel-georiënteerdheid van een systeem die niet naar voren komen in het gebruikers-onderzoek.

Het ROSI gebruikers zelfonderzoek heeft op dit moment [nog] geen onderverdeling in hoofd- en bijkomende items en dientengevolge dienen alle 42 items afgenomen te worden.

Je zult een lijst van definities moeten opstellen met betrekking tot sommige omschrijvingen / termen gebruikt in de 42 item van het ROSI gebruikers zelf-onderzoek. In deze lijst moet u voor de deelnemers uitleggen 'wat' en 'wie' u hen vraagt te evalueren. Met andere woorden, de lijst met omschrijvingen moet op maat gemaakt zijn voor het specifieke aanbod zoals dat geldt voor uw instelling. Wat bedoelt u als u in een vraag de term 'programma' gebruikt (zie bijvoorbeeld item #21). Bedoelt u programma's zoals aangeboden door een bepaalde afdeling of dienst of bedoelt u alle plaatselijke geestelijke gezondheidszorg programma's

ongeacht door wie ze worden aangeboden ? Of beperkt u zich hierbij tot één programma? Een vergelijkbare set vragen is van toepassing op de term “personeelsleden” of “professionals”. Tenslotte, hoe wilt u “instellingen voor geestelijke gezondheidszorg” definiëren? Hoe duidelijk u bent in uw verklarende woordenlijst, des te makkelijker is het voor de deelnemers om het onderzoek te voltooien (en hoe eenvoudiger het voor de afnemer van het onderzoek is om hun vragen te beantwoorden).

Als u het ROSI gebruikers zelfonderzoek afneemt, maak dan ook aan de deelnemers duidelijk dat sommige vragen negatief zijn geformuleerd, bijvoorbeeld, “Personeelsleden begrijpen mijn ervaring als een persoon met geestelijke gezondheidsproblemen niet.” Vraag de deelnemers om elke vraag heel zorgvuldig te lezen om zodoende ook de negatief geformuleerde vragen juist te beantwoorden. Hoewel het research team in sommige vragen bewoordingen heeft gebruikt ontleent aan gebruikers, en ook het gemiddeld vereiste leesniveau voor het zelfonderzoek heeft verlaagd; vereisen sommige individuele vragen een hoog leesniveau. Sommige gebruikers beschikken misschien niet over het leesniveau om bepaalde vragen goed te kunnen begrijpen. Het Research Team doet daarom de dringende aanbeveling dat er iemand (zoals een vrijwilliger of een ervaringsdeskundige) beschikbaar is voor de deelnemers aan het onderzoek gedurende de afname. Deze persoon kan ondersteuning geven bij het lezen en begrijpen zowel als bij het beantwoorden van vragen.

Indien u vragen heeft, neem dan a.u.b. contact op met het Research Team in de persoon van óf Steven Onken [so280@columbia.edu] of Jeanne Dumont [jdumont@lightlink.com]. Bedankt!

Indicatoren voor de kwaliteit van Herstelondersteunende [zorg-]instellingen (Recovery Oriented System Indicators (ROSI)) - Enquête voor gebruikers van zorg

Doel:

Om de best mogelijke zorg op het gebied van de geestelijke gezondheid te bieden, willen we graag weten welke zaken je vooruitgang hebben bevorderd en of belemmerd gedurende de afgelopen zes (6) maanden. Volg a.u.b de aanwijzingen op en voltooi alle vier onderdelen.

Aanwijzingen onderdeel 1:

Lees elke uitspraak zorgvuldig en omcirkel daarna het antwoord dat het beste uw situatie weergeeft van de afgelopen zes (6) maanden. De antwoordmogelijkheden lopen van “Geheel mee oneens” tot “Geheel mee eens.” Als de uitspraak iets over iets gaat wat u niet heeft meegemaakt, omcirkel dan het laatste antwoord “Is niet op mij van toepassing.”

1. Er is tenminste één persoon die in mij gelooft.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
2. Ik heb een woonplek die voelt als een behaaglijk thuis.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
3. Ik wordt aangemoedigd om gebruik te maken van cliëntgestuurde programma's (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen, inloopcentra, etc.).	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
4. Ik krijg niet de ondersteuning die ik nodig heb om te functioneren in de rollen die ik wil vervullen in mijn omgeving.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
5. Ik heb onvoldoende keuzemogelijkheden tussen goede zorgmogelijkheden.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
6. De geestelijke gezondheidszorg heeft me geholpen huisvesting te vinden op een plek waar ik me veilig voel.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
7. Personeelsleden begrijpen mijn ervaring als een persoon met geestelijke gezondheidsproblemen niet.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
8. De personeelsleden in de geestelijke gezondheidszorg besteden geen aandacht aan mijn fysieke gezondheid.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
9. Personeelsleden respecteren mij als een geheel persoon.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
10. De geestelijke gezondheidszorg heeft me emotionele of fysieke schade toegebracht.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
11. Ik kan niet de zorg krijgen die ik nodig heb op het moment dat ik die nodig heb.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing

12. De geestelijke gezondheidszorg heeft me geholpen de medische hulp te krijgen die aan mijn behoeften tegemoetkomt.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
13. De geestelijke gezondheidszorg heeft gemaakt dat ik afhankelijk werd, niet onafhankelijk.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
14. Ik mis informatie of bronnen die ik nodig heb om mijn rechten als cliënt en basale mensenrechten te bewaken.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
15. Mijn inkomen is voldoende om van te leven.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing
16. De zorg helpt me de vaardigheden te ontwikkelen die ik nodig heb.	Geheel mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Geheel mee eens	Is niet op mij van toepassing

Aanwijzingen onderdeel 2:

Lees elke uitspraak zorgvuldig en omcirkel daarna het antwoord dat het beste uw situatie weergeeft van de afgelopen zes (6) maanden. De antwoordmogelijkheden lopen van “Nooit/Zelden” tot “Bijna altijd/Altijd”. Als de uitspraak iets over iets gaat wat u niet heeft meegemaakt, omcirkel dan het laatste antwoord “Is niet op mij van toepassing.”

17. Ik beschik over de huisvesting die ik me kan veroorloven.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
18. Ik krijg de kans om onderwijs te volgen als ik dat wil.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
19. Ik beschik over betrouwbare middelen van vervoer om te komen waar ik zijn moet.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
20. De geestelijke gezondheidszorg hielp me bij het krijgen of behouden van werk.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
21. Personeelsleden in de zorg zien me als een gelijkwaardige partner in mijn behandelprogramma.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
22. Personeelsleden in de zorg ondersteunen mijn zelfzorg of welbevinden.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
23. Ik mag meebeslissen over wat er met me gebeurt als ik in crisis ben.	Nooit/Zelden	<i>Soms</i>	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
24. Personeelsleden in de zorg geloven dat ik in staat ben tot groei, verandering en herstel.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
25. Personeelsleden in de zorg gebruiken druk, bedreigingen of dwang binnen mijn behandeling.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
26. Er was een ervaringsdeskundige belangenbehartiger tot wie ik me kon wenden als ik er één nodig had.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing

27. Er werken ervaringsdeskundigen als betaalde werknemers in de instelling voor geestelijke gezondheidszorg waar ik voor hulp naar toe ga / hulp ontvang.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
28. Personeelsleden verstrekken me volledige informatie in voor mij begrijpelijke woorden voordat ik akkoord ga met behandeling of medicatie.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
29. Personeelsleden moedigen me aan om dingen te gaan doen die voor mij zinvol zijn.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
30. Personeelsleden hebben me gesteund in het verkrijgen van de zorg en de hulpbronnen die ik nodig heb.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
31. Personeelsleden behandelen me met respect met betrekking tot mijn culturele achtergrond (denk hierbij aan zaken als ras, etniciteit, religie, taal, leeftijd, seksuele geaardheid etc).	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
32. Personeelsleden luisteren aandachtig naar wat ik zeg.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
33. Personeelsleden missen up-to-date kennis aangaande de meest effectieve behandelwijzen.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
34. Personeelsleden bemoeien zich met mijn persoonlijke relaties.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
35. Personeelsleden helpen mij om mijn sterke kanten uit te bouwen.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
36. Mijn recht om behandeling af te wijzen wordt gerespecteerd.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
37. Mijn behandeldoelen zijn geformuleerd in mijn eigen woorden.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
38. De arts werkte met me samen om de medicatie te vinden die voor mij het meest opleverde.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
39. Ik word eerder benaderd als een psychiatrische aandoening dan als een persoon.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
40. Ik kan een therapeut spreken zodra ik er een nodig heb.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
41. Mijn verwanten krijgen de uitleg of ondersteuning die zij nodig hebben om mij te kunnen helpen.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing

42. Ik krijg informatie of voorlichting over hoe ik de zorg en ondersteuning die ik nodig heb kan krijgen, zowel binnen als buiten mijn eigen instelling voor geestelijke gezondheidszorg.	Nooit/Zelden	Soms	Vaak	Bijna Altijd/Altijd	Is niet op mij van toepassing
---	--------------	------	------	------------------------	-------------------------------------

Aanwijzingen onderdeel 3:

Zijn er andere zaken op het gebied van hoe de zorg uw herstel helpt of belemmerd? Licht dit a.u.b. toe.

Aanwijzingen onderdeel 4:

We vragen u om de volgende informatie te verstrekken om ons in staat te stellen een algemene beschrijving van de deelnemers aan dit onderzoek op te stellen. Kruis a.u.b. het antwoord aan dat het beste overeenkomt met uw situatie of schrijf het antwoord op de daarvoor bestemde regel. Beantwoord alléén die vragen die u ook wilt beantwoorden. Schrijf uw naam of adres niet op dit formulier. Hierdoor blijft uw identiteit vertrouwelijk.

1. Wat is uw geslacht?

- a. vrouw
- b. Man

2. Wat is uw leeftijd? (Schrijf uw leeftijd in de twee hokjes.)

--	--

3. **Wat is uw etnische achtergrond?** (Kruis datgene aan dat het meest van toepassing is.) ²
- a. Blank / Nederlands
 - b. Surinaams
 - c. Marokkaans
 - d. Turks
 - e. Indo
 - f. Moluks
 - g. Aziatisch
 - h. Anders, te weten -----

4. **Uw opleidingsniveau is:** (Kruis het hoogste niveau aan dat u bereikt heeft of waarin u op dit moment onderwijs volgt.)
- a. Lager dan middelbaar onderwijs
 - b. Middelbaar onderwijs
 - c. MBO
 - d. HBO
 - e. Universitair
 - f. Anders, te weten: _____

5. **Hoe lang maakt u al gebruik van de geestelijke gezondheidszorg?**
- a. Minder dan 1 jaar
 - b. 1 tot 2 jaar
 - c. 3 tot 5 jaar
 - d. Meer dan 5 jaar

6. **Van welke vorm van geestelijke gezondheidszorg hebt u gebruik gemaakt gedurende de afgelopen 6 maanden? (Kruis alles aan dat van toepassing is.)**
- a. Counseling/Psychotherapy
 - b. Begeleid wonen
 - c. Dagopvang
 - d. Assertive Community Treatment (ACT)
 - e. Ambulante hulp
 - f. Herstel-groep of andere door ervarings-deskundigen verzorgde ondersteuning
 - g. Psychosocial Rehabilitie
 - h. Verslavingszorg
 - i. Klinische opname
 - j. Arbeidsbemiddeling
 - k. Anders, te weten: _____

[Aan de afnemer van het onderzoek: Verzamel alstublieft onderstaande aanvullende achtergrond informatie (indien mogelijk).]

7. **De leefomgeving waarin u meestal woont is:**
- a. In de stad
 - b. In een buitenwijk
 - c. Op het platteland / Landelijk
 - d. Afgelegen

² Aangepast voor Nederlandse situatie

8. Wat zijn uw woonomstandigheden?

- a. Ik woon in mijn eigen huis of appartement
- b. Ik woon in een begeleid wonen voorziening
- c. Ik woon in een residentiële instelling
- d. Ik woon in een pension
- e. Ik ben dakloos of ik maak gebruik van daklozen opvang
- f. Anders, te weten _____

9. Bent u iemand die op dit moment zowel problemen heft op het gebied van de geestelijke gezondheid als op het gebied van verslaving (alcohol, drugsverslaving)?

- a. Ja
- b. Nee

Bijlage 3 Stellingen Herstel

Naam:.....(optioneel)

Het formulier wordt anoniem verwerkt. Uw naam dient slechts voor het geven of vragen van individuele feedback.

Doel: Vaststellen welke stellingen zwaarder of minder zwaar wegen bij het beoordelen van de mate waarin een zorginstelling herstelondersteunend (aansluitend aan de wensen en noden van de cliënten) werkt.

Onderstaand vindt u een lijst met stellingen die betrekking hebben op herstelondersteunende geestelijke gezondheidszorg. Wij vragen u deze stellingen te beoordelen naar gelang de relevantie. De resultaten van dit onderzoek zullen een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen van een visitatie instrument (beoordelingsmethode) voor de mate waarin een zorginstelling herstelondersteunend werkt.

Geeft u elke stelling een cijfer (1 tot 5) naar gelang de relevantie van de stelling. De cijfers zijn als volgt te vertalen:

- 1 = Onbelangrijk**
- 2 = Matig belangrijk**
- 3 = Belangrijk**
- 4 = Zeer belangrijk**
- 5 = Uiterst belangrijk**

<i>Stelling</i>	Uw cijfer
1. Er is tenminste één persoon die in mijn herstel gelooft	5
2. De zorg helpt me de vaardigheden te ontwikkelen die ik nodig heb	5
3. personeelsleden in de zorg ondersteunen mijn eigen initiatieven op het gebied van mijn herstel	5
4. Mijn verwanten krijgen zorg en ondersteuning aangeboden vanuit de zorginstelling	3
5. Ik heb de mogelijkheid deel te nemen aan zelfhulpgroepen en/of steungroepen	4
6. Ik kreeg ondersteuning bij het formuleren van mijn hulpvraag	4
7. Mijn behandelplan is opgesteld in overleg met mij	4
8. Mij wordt informatie verstrekt over behandeling en medicatie voordat ik akkoord ga met het behandelplan	4
9. Ik voel me bij personeelsleden een gelijkwaardige partner in mijn behandelprogramma	5
10. Ik mag meebeslissen over wat er met mij gebeurt, als ik in crisis raak/ben	5

- 1 = Onbelangrijk**
2 = Matig belangrijk
3 = Belangrijk
4 = Zeer belangrijk
5 = Uiterst belangrijk

<i>Stelling</i>	Uw cijfer
11. ik heb voldoende keuzemogelijkheden tussen verschillende behandelprogramma's	3
12. Ik heb een woonplek die voelt als een behaaglijk thuis	4
13. Ik word aangemoedigd om deel te nemen aan cliëntgestuurde programma's (zelfhulpgroepen, inloopcentra, etc.)	4
14. Personeelsleden hebben begrip voor mijn problemen als persoon met geestelijke gezondheidsproblemen	5
15. Ik kan de zorg krijgen die ik nodig heb, op het moment dat ik die nodig heb	3-4
16. personeelsleden stimuleren mij zelf de regie over mijn leven te nemen/behouden	4
17. Ik mag zelf beslissen hoe laat ik eet en hoe laat ik ga slapen	3
18. Ik voel mij door personeelsleden over het algemeen gerespecteerd als persoon	5
19. Ik kan ondersteuning krijgen bij persoonlijke problemen anders dan symptomen van ziekte zoals: financiën, huishouden, etc.	5
20. Er is binnen de instelling aandacht voor mijn leven buiten de psychiatrie	5

21. Er zijn tijdens opname voldoende dagactiviteiten die aansluiten bij mijn wensen en interesses	4
22. Personeelsleden helpen mij mijn sterke kanten te ontdekken en te ontwikkelen	5
23. Personeelsleden helpen mij de zorg en hulpbronnen te vinden die ik nodig heb waar zij die niet zelf kunnen leveren	5
24. Mijn recht om behandeling af te wijzen wordt gerespecteerd	4
25. Als ik een behandelplan afwijs, worden er alternatieven geboden	4
26. Ik kan een therapeut spreken wanneer ik dat nodig heb	3
27. Er wordt aan mij voldoende nazorg geboden na opname/crisis	5
28. Mijn behandeldoelen zijn geformuleerd in mijn eigen woorden	3
29. Mijn behandelplan kan gewijzigd worden op elk moment als ik dat nodig vind	3
30. Personeelsleden luisteren aandachtig naar wat ik zeg en vraag	5

- 1 = Onbelangrijk**
2 = Matig belangrijk
3 = Belangrijk
4 = Zeer belangrijk
5 = Uiterst belangrijk

<i>Stelling</i>	Uw cijfer
31. Er werken ervaringsdeskundigen als betaalde werknemers in de zorginstelling waarvan ik hulp ontvang	4
32. Ik heb de vrijheid om tijdens opname op mijn kamer mijn maaltijden te gebruiken	3
33. Als er in het behandelteam over mij gesproken wordt, krijg ik daarvan verslag	4
34. Mij wordt uitgelegd, wat mijn rechten zijn als cliënt van de zorginstelling voordat de behandeling van start gaat	4
35. Ik voel mij vrij een andere behandelaar te kiezen, als de relatie met mijn huidige behandelaar niet goed verloopt	4
36. Er is ook aandacht voor mijn lichamelijke conditie	5
37. Er is aandacht voor de conditie van mijn gebit en mijn uiterlijke verzorging	3
38. Ik voel me begrepen in mijn onzekerheden als persoon (angst, onzekerheid, gevoel van minderwaardigheid)	5
39. Er is in de instelling aandacht voor zingeving en ik kan open praten over mijn religie	5
40. Ik heb het gevoel, dat mijn behandeling mijn geestelijke gezondheid verbetert	5
41. Ik word gestimuleerd zelf initiatieven te ontplooien met betrekking tot mijn herstel en ik word daarin gesteund	5
42. Ik krijg ondersteuning bij het aangaan van sociale contacten	5
43. Ik krijg veel informatie over mijn ziektebeeld	4
44. Mijn behandelaar is open en eerlijk tegen mij en houdt geen informatie achter	4
45. Er is binnen de zorginstelling aandacht voor mijn woonomstandigheden en mijn woonwensen	4
46. Ik word gestimuleerd deel te nemen aan activiteiten binnen mijn woonomgeving	4
47. Naast informatie van de personeelsleden word ik verwezen naar informatiebronnen over mijn ziektebeeld	3
48. Mijn behandeling sluit aan bij mijn klachten, meer dan bij mijn diagnose	5

Let op: nog 1 pagina in te vullen

Wij vragen u de volgende informatie in te vullen die ons in staat stelt een beschrijving van de deelnemers aan dit onderzoek op te stellen.

1. Wat is uw geslacht?man.....(man/vrouw)
2. Wat is uw leeftijd?42 jaar.....
3. Wat zijn op het moment van invullen uw woonomstandigheden?
.....(vul hier A, B,C of D in)
 - A. eigen huis/appartement
 - B. Begeleid wonen voorziening
 - C. Opname afdeling
 - D. Dakloos
 - E. Anders, nl.....huurappartement.....
4. Maakt u op dit moment gebruik van de geestelijke gezondheidszorg?
.....nee.....
5. Bent u op dit moment opgenomen in een zorginstelling?nee.....
6. Van welke instelling en afdeling ontvangt u zorg?
.....
7. In welke hoedanigheid vult u dit formulier in? ...B, E.....(vul hier A, B, C of D in)
 - A. Medewerker van een zorginstelling
 - B. (ex)cliënt van een zorginstelling
 - C. Docent
 - D. Student
 - E. Anders, nl.....ervaringsdeskundige; projectconsulent/-adviseur

*Lectoraat
Rehabilitatie*

