



van de vragenlijst hebben gescoord. Vervolgens worden deze patiënten door de verpleegkundige digitaal benaderd om contact op te nemen met het behandelteam. Als de patiënt contact opneemt, vraagt de verpleegkundige naar de klachten, het medicatiegebruik en naar omstandigheden die niet gerelateerd kunnen worden aan een winterdepressie. Nadat de patiëntgegevens zijn gecontroleerd, wordt met de patiënt een afspraak gemaakt wanneer hij/zij kan starten met de vijfdaagse lichttherapiebehandeling.

Behandelfase

Is er eenmaal een behandelweek bepaald, dan komt de patiënt naar de kliniek voor behandeling. De verpleegkundige werkt van maandag tot vrijdag en ziet de patiënt dus dagelijks. In de wachtkamer heet de verpleegkundige de patiënt welkom en begeleidt de patiënt naar de behandelkamer. De verpleegkundige geeft uitleg over de behandeling. Tijdens de 45 minuten dient de patiënt elke minuut 10 seconden in de lamp te kijken, tussendoor kan de patiënt iets lezen en/of muziek luisteren.

Na ongeveer 20 minuten vraagt de verpleegkundige aan de patiënt hoe het gaat en of er ook vragen zijn. Na 45 minuten komt de verpleegkundige langs om aan te geven dat de behandeling is afgelopen.

Aan het begin van de tweede dag vraagt de verpleegkundige de patiënt hoe het gaat en of er na de behandeling klachten zijn ontstaan. Regelmatig ontstaan er na de eerste dag lichte hoofdpijnklaachten. Doordat er gewenning optreedt aan het felle licht, nemen deze klachten bij de meeste patiënten na enkele dagen af. Vanwege het, overigens geringe, risico op (hypo)manische decompensatie is het van belang dat dezelfde verpleegkundige gedurende de behandelweek de patiënt begeleidt om deze verschijnselen tijdig op te merken. Is dat het geval dan wordt in overleg met de behandelaar de behandeling aangepast of gestaakt.

Nagesprek

Een week na afloop van de lichttherapiebehandeling vindt er een evaluatie plaats. Dit gesprek wordt gevoerd door de psycholoog en de verpleegkundige. De verpleegkundige bespreekt de observaties die hij/zij heeft gedaan gedurende de lichttherapiebehandeling. Daarna voegt de patiënt zich bij de evaluatie, waarna de psycholoog aan de patiënt vraagt wat de lichttherapiebehandeling heeft opgeleverd en ook vraagt hij naar de belangrijkste winterdepressieklachten, zoals energieniveau, stemming, slaap- en eetpatroon en wat de omgeving is opgevallen. De verpleegkundige rapporteert en voegt deze rapportage nadien toe aan het dossier van de patiënt.

Na twee seizoenen kunnen patiënten ervoor kiezen om de evaluatie digitaal of per telefoon te doen. De verpleegkundige beoordeelt de evaluatie als deze door de patiënt is ingestuurd of telefonisch is afgenomen.

TOT SLOT

De patiënten vinden de rol van de verpleegkundige in de behandeling van winterdepressie bijzonder waardevol en deze draagt zeker bij aan het goede behandelresultaat. De begeleiding, het functioneren als vraagbaak bij onzekerheden en het tijdig signaleren van ongewenste neveneffecten zijn daarbij van wezenlijk belang.

LITERATUUR

1. Meesters Y, Hoofdakker RH van den. Winterdepressie en lichttherapie I: syndroom en behandeling. Tijdschrift voor Psychiatrie 1998;40:254-65.
2. Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T, Wisner KL, Nemeroff CB. The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. Am J Psychiatry 2005;162:656-62.
3. Wirz-Justice A, Benedetti F, Terman M. Chronotherapeutics for affective disorders. a clinician's manual for light and wake therapy. 2nd rev ed. Basel: Karger, 2013.
4. Mersch PPA, Middendorp HM, Bouhuys AL, Beersma DGM, Hoofdakker RH van den. The prevalence of seasonal affective disorder in The Netherlands: a prospective and retrospective study of seasonal mood variation in the general population. Biological Psychiatry 1999;45:1013-22.
5. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, Balkom ALJM van, namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (3e revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.
6. Meesters Y, Jansen JHC, Beersma DGM, Bouhuys AL, Hoofdakker RH van den. Early light treatment can prevent an emerging winter depression from developing into a full-blown depression. Journal of Affective Disorders 1993;29:41-7.
7. Meesters Y, Letsch MC. The dark side of light treatment for seasonal affective disorder. Int J Risk and Safety in Medicine 1998;11:115-20.
8. Meesters Y. Lichttherapie. Psyfar 2009;4:59-62.
9. Meesters Y, Dolfin A. Lichttherapie in Nederland. Een derde inventarisatie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2007;62:393-400.

Herstelondersteunende zorg – het leven boven de ziekte uit tillen

Het veld van de geestelijke gezondheidszorg is voortdurend sterk in beweging. Het rijk, gemeenten, zorgverzekeraars en niet te vergeten patiënten en hun familieleden, zorgen ervoor dat werkers in de GGZ steeds weer voor grote uitdagingen komen te staan.

Door begrippen als eigen kracht, autonomie, eigen regie, rehabilitatie, herstelondersteunende zorg en wijkgerichte zorg komt het patiëntenperspectief steeds meer centraal te staan, en wordt de klassieke medisch-psychiatrische invalshoek gerelativeerd. De focus verschuift van ziekte, symptomen en beperkingen naar mogelijkheden en empowerment.

Het gemeenschappelijke aan deze voor de GGZ (relatief) nieuwe begrippen is dat het een loslaten vereist van het idee dat een patiënt zelf geen verstandige beslissingen zou kunnen nemen over zijn leven, louter en alleen omdat hij 'patiënt' is, stemmen hoort, achterdochtig is, schizofreen of borderliner is... en dus disfunctioneert. Een vaststaand recept voor het (leren) leven met een chronische aandoening bestaat niet, ook al zijn de

ingrediënten in grote lijnen wel bekend. Zeggenschap over het eigen leven, zelfbepaling, volwaardige contacten met anderen en maatschappelijke participatie zijn voor veel patiënten van grotere betekenis dan kennis over de aandoening, de afwezigheid van symptomen en het leven met beperkingen. Iedere patiënt moet – net als mensen die geen psychiatrische aandoening hebben – als het ware zijn eigen (levens)potjes koken. Verpleegkundigen kunnen patiënten daarbij ondersteunen, zonder precies voor te schrijven hoe de ingrediënten gebruikt en op elkaar afgestemd moeten worden, en hoe de maaltijd dus uiteindelijk moet smaken.

Het is niet de professional die uitmaakt hoe het herstel van de patiënt eruit zal gaan zien. Herstel is een proces zonder dat de uitkomst op voorhand vaststaat. In deze benadering moet worden gezocht naar wat (ook) voor verpleegkundigen behulpzaam is om de herstelondersteunende taak uit te voeren.

Dit artikel zet het vigerende medisch-psychiatrische model en (een onderdeel van) herstelondersteunende zorg (rehabilitatie) aan de hand van een casus naast elkaar. We geven verder een korte beschrijving van de voorwaarden voor effectieve implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ-praktijk. Het artikel is bedoeld ter stimulering van verpleegkundigen en andere professionals om werk te maken van de invoering van herstelondersteunende zorg.

HANS VAN PEPESTRATEN, agoog Parnassia
BERNO VAN MEIJEL, lector GGZ verpleegkunde
 Inholland & Parnassia Groep
HANS OOLDERS, psychiater Parnassia
MONIQUE VAN PEURSEM, verpleegkundig specialist
 GGZ, Parnassia
ROBERT MEIJBURG, verpleegkundig specialist GGZ en
 opleider, Parnassia Groep



waarop u nu verpleegkundige zorg verlent? In hoeverre is uw werkwijze (in alle opzichten) herstelondersteunend?

Casus Boudewijn

Bij een van de ambulante teams Volwassenen staat Boudewijn ingeschreven. In zijn behandelplan zijn de volgende gegevens over zijn behandeling te vinden:

'Huidige behandel diagnose

- As I:
- 305.00 Misbruik van alcohol
 - 305.20 Misbruik van cannabis
 - 295.30 Schizofrenie, paranoïde type
- As II en As III: geen problemen
- As IV:
- 40 Werkproblemen
 - 50 Woonproblemen
 - 60 Financiële problemen

Beschrijvende diagnose

Een 32-jarige man, sinds 1998 bekend in de psychiatrie. Diverse klinische opnamen gehad, momenteel al langere tijd redelijk stabiel. Wel alcohol- en cannabisafhankelijk. Patiënt woont in een beschermde woonvorm en heeft een curator. Cliënt heeft weinig dagbesteding en een uitkering. Patiënt heeft een klein vrienden- en familienetwerk.

Leren/ opleiding

Cliënt weet niet goed wat hij op dit gebied wil en aan kan. Cliënt uitte recent weer de wens de modevakschool te volgen. Het initiatief wordt bij cliënt gelaten.

Samenvatting behandeling

Patiënt was het afgelopen jaar wisselend stabiel. Een en ander had te maken met het beperkte aantal begeleidingsuren van de beschermde woonvorm waarin patiënt verbleef en het overmatig blowen en alcoholgebruik (bier). Patiënt is daarom dit jaar verhuisd naar een beschermde woonvorm met meer structuur en dit heeft patiënt goed gedaan. Er waren maandelijks contacten tussen de sociopsychiatrisch verpleegkundige en de patiënten en begeleiders van de beschermde woonvorm. Ook was er periodiek contact met de curator van patiënt. Patiënt heeft een onderzoek gehad bij de psychiater en volgde het somatisch protocol van de GGZ-instelling. De dosering van zijn anipsychoticum is recent verhoogd met positief resultaat. Patiënt voelt zich rustiger en 'helderder'.

In het jaarlijks psychiatrisch onderzoek (niet in het behandelplan) staat sinds een aantal jaren aangegeven:

'Zijn voornaamste wens is dat hij naar Rotterdam verhuist, omdat zijn moeder en oude vrienden daar wonen. Hoewel iedereen van zijn wens weet, is inmiddels duidelijk dat dhr. er weinig voor doet om zijn wens te realiseren.'

Op welke (methodische) wijze zou u Boudewijn ondersteunen bij het realiseren van zijn wensen met betrekking tot wonen en dagbesteding? En hoe zou dit bijdragen aan zijn herstel?

EEN (SAMENHANGEND) ONDERSCHIED

Volgens Anthony² betekent 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 de beperkingen als gevolg van psychiatrische handicaps. Herstel betekent je ontworstelen aan de rampzalige gevolgen van je psychiatrische toestand en ontwikkeling van een nieuwe betekenis en doel in je leven.'

Aan de hand van deze omschrijving kunnen verschillende samenhangende aspecten van herstelondersteunende zorg worden onderscheiden (zie tabel 1). Het resultaat voor patiënten kan verschillend zijn, afhankelijk op welk aspect van hulpverlening het accent wordt gelegd.

INDIVIDUELE REHABILITATIEBENADERING (IRB), DOELWAARDIGHEID EN HERSTEL

- 'De individuele rehabilitatiebenadering (IRB) is gebaseerd op de aanname dat ook mensen met ernstige beperkingen wensen en doelen hebben met betrekking tot hun rol/ functioneren op de levensgebieden wonen, werken, activiteiten en vrije tijd, leren, sociale en familiecontacten en financiën. De hoofddoelen van de benadering luiden daarom als volgt:
- Het herwinnen of verbeteren van rol/functioneren op deze gebieden.
 - Toename van de maatschappelijke participatie van de cliënt.
 - Herstel van het gevoel van eigenwaarde en van eigen kracht.³

Met behulp van een zogeheten 'doelvaardigheidsprofiel' (als onderdeel van de IRB) kan een inschatting worden gemaakt of iemand in staat is zichzelf een doel te stellen. Dit gebeurt aan de hand van de volgende vijf items: Noodzaak, Inzet, Omgevingsbesef, Identiteitsbesef en Begeleidingsbehoefte.

Deze begrippen worden niet chronologisch 'uitgevraagd', maar in een doorlopend gesprek aan de orde gesteld.

Tabel 1 Aspecten van herstel en herstelondersteuning.¹

aspecten van herstel	hulpverlening	resultaten
herstel als persoon	herstelwerk-groepen psychotherapie gesprekken	zingewing, zelf-gevoel, grenzen (persoonlijke identiteit)
herstel van gezondheid	bemoeizorg behandeling leren omgaan met symptomen	minder symptomen soms genezing
herstel van dagelijks functioneren	rehabilitatie in de leefomgeving	dagelijkse routines
herstel (maatschappelijke identiteit)	rehabilitatie in de maatschappij	herstel van rollen

Nieuwsgierigheid met intrinsieke belangstelling voor het wel en wee van de patiënt is een belangrijke voorwaarde om dit gesprek goed te voeren en er zo achter te komen in hoeverre een patiënt wil veranderen en hoe hij tegen deze verandering aankijkt.

Het begrip 'Noodzaak' zegt iets over de ervaren noodzaak tot verandering in iemands leven.

'Inzet' verwijst naar eerdere succesvolle ervaringen van de desbetreffende persoon en het hiertoe samenhangende idee iets te kunnen bereiken.

'Omgevingsbesef' heeft betrekking op wat er te koop is in de wereld, bijvoorbeeld op het gebied van werk, en welke eisen er vanuit deze omgeving gesteld worden. 'Identiteitsbesef' gaat over iemands kijk op zichzelf en weet hebben wat belangrijk voor hem is en waarom. 'Begeleidingsbehoefte' gaat over de vraag wat iemands wensen zijn met betrekking tot de begeleiding die kan worden geboden: op welke gebieden is er behoefte aan begeleiding, met welke frequentie, welke begeleidingsstijl wordt geprefereerd, welke begeleider heeft de voorkeur, de verhouding tussen professionele hulp en hulp van familie, vrienden et cetera. Het kan voorkomen dat een patiënt zich geen doel kan stellen, omdat er geen behoefte is aan verandering en begeleiding. In overleg met patiënt en diens steunsysteem kan er voor worden gekozen de doelvaardigheid te ontwikkelen.

BOUDEWIJN EN REHABILITATIE

De svv van Boudewijn heeft al veel acties ondernomen met betrekking tot dagbesteding en vermindering van alcoholgebruik, maar met gering succes. Gesprekken

met verslavingsdeskundigen leidden niet tot een daadwerkelijke behandeling. Zijn alcoholgebruik beïnvloedt zijn gedrag zodanig, dat de grenzen van het toelaatbare in de woonvorm worden overschreden. De spv´er begint de moed op te geven wat betreft de begeleiding van Boudewijn. Om de impasse te doorbreken arrangeert hij een gesprek tussen Boudewijn en een rehabilitatiedeskundige. Deze deskundige voert met Boudewijn een serie gesprekken om samen een doelvaardigheidsprofiel op te stellen.

Begonnen wordt met het bespreken van Boudewijns (on)tevredenheid met zijn huidige situatie en van eventuele wensen tot verandering daarin. Boudewijn haalt veelvuldig zijn schouders op; hij heeft maar weinig vertrouwen in dit soort gesprekken en de eventuele resultaten. Hij heeft al zoveel gesprekken gehad...

Hij moet veranderen van de begeleiders, omdat hij anders zijn woonplek kwijtraakt. 'Misschien moet dat ook maar gebeuren, dan hebben ze hun zin, dan ga ik wel de straat op', is zijn reactie. Eén sessie wordt besteed aan het praten over afhankelijkheid en normen waaraan hij moet voldoen. Door op straat te leven verandert de afhankelijkheid niet echt en de vraag wordt gesteld of een dergelijk leven op straat wel echt is wat hij wil. Deze laatste vraag wordt door Boudewijn ontkennend beantwoord.

Boudewijn praat graag over zijn werk. Voor zijn psychose werkte hij als uitzendkracht bij een bloemenverlینگ. Hij werd gepest op zijn werk, ook in het busje dat hem bracht en haalde naar en van het werk. Hij deed dat werk in afwachting van een keuring voor het leger; hij wilde graag soldaat worden. Zover is het echter nooit gekomen. Een psychose gooide zijn leven zodanig overhoop, dat hij daarna geen werk meer kon vinden, terwijl hij dat wel wilde.

Boudewijn heeft met veel moeite zijn mavo-diploma gehaald. Hij is hier trots op en ziet het als een teken van doorzettingsvermogen en dat hij iets kan. 'Waarom is het vinden van werk sinds je opname niet meer gelukt?' Weer schouderophalen en na wat aandringen zegt hij, dat hij er te lang uit is geweest. Hij twijfelt of hij nu nog zou kunnen werken. Hij heeft wel belangstelling voor werk bij de politie of bij een beveiligingsbedrijf. Hij zou graag een uniform dragen, niet alleen vanwege het gezag dat het zou uitstralen, maar vooral omdat hij dan zou opvallen. Dat vindt hij belangrijk. 'Wat gebeurt er met jou wanneer je opvalt? Wat betekent dat voor je?' Dit keer geen schouderophalen. 'Dan ben ik iemand. Dan kan ik mezelf laten zien.' 'Ok, dus als je werk gaat zoeken, moet het iets zijn waar je jezelf kunt laten zien. De kunst is nu uit te zoeken wat bij je zou passen en

waar dat mogelijk is. Welke hulp kun je bij dat uitzoeken gebruiken? Hoe moet die hulp er volgens jou uitzien?' Hij geeft toe dat hij niet weet waar te beginnen, maar dat hij tips daarover goed kan gebruiken. Hij wil alleen op weg geholpen worden en het daarna zelf uitzoeken.

Hij krijgt het webadres van Securicor (een beveiligingsbedrijf) op schrift mee; hij gaat zelf kijken welke eisen er aan een beveiliging worden gesteld.

Een week later komt hij terug, zonder dat hij op de hoogte is van die eisen. Bij het oriënteren op de website van het beveiligingsbedrijf, keek een begeleider over zijn schouder mee. Deze begeleider liet een 'tss-geluid' horen. Boudewijn erroer dit als een minachting voor zijn plan en dacht dat hij op voorhand niets van deze begeleider hoefde te verwachten. Voor Boudewijn was dit aanleiding om de computer uit te zetten en naar zijn kamer te gaan.

De rehabilitatiedeskundige en Boudewijn praten een tijdje over wat hij wel en niet prettig vindt aan de verschillende manieren van begeleiden ('pesterijtes', doen ze wel vaker, die begeleiders') en of hij mogelijkheden ziet om daarover met begeleiders te praten.

Boudewijn wil het in een later stadium ook met zijn begeleiders bespreken. Samen kijken ze naar de betreffende website. Het wordt hem al snel duidelijk dat hij met zijn mavo-diploma niet zomaar beveiliging kan worden, maar dat hij daarvoor op cursus moet. Dat ziet hij niet zitten. Het valt hem tegen, maar er is nu

waardevolle informatie over wat hij prettig vindt aan werk. En hij vindt het belangrijk om iemand te zijn. Hoe zou hij kunnen opvallen? Het gesprek krijgt plotseling een andere wending. Het onderwerp van gesprek verandert van betaald werk naar het vinden van een zinvolle dagbesteding door het zelf maken van kleding. Uiteindelijk zorgt de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige bij het buurthuis voor een naaimachine. Boudewijn gaat daar driemaal per week naar toe.

Hij geniet van het maken en verfraaien van zijn eigen kleding. Storend gedrag vanwege alcoholgebruik vermindert zodanig dat hij kan blijven wonen in de riw.

BOUDEWIJNS DOELVAARDIGHEID

Wanneer we Boudewijns doelvaardigheid nader bekijken dan zien we allereerst dat de noodzaak tot verandering wel ervaren wordt, maar dat deze voornamelijk wordt geïnitieerd door de druk van woonbegeleiders. Hij dreigt zijn vertrouwde woonplek in de riw te verliezen. Hij wil echter niet de straat op, omdat dit zijn het gevoel van afhankelijkheid eerder versterkt dan vermindert.

ESSENTIELE ATTITUDEASPECTEN VOOR HERSTELGERICHTE ZORG

- Beschikbaarheid: u moet er zijn, u staat klaar voor de cliënt en zijn/haar systeem.
- Betrouwbaarheid: zeg wat u doet en doe wat u zegt.
- Betrokkenheid: wees nieuwsgierig naar wat er in de cliënt omgaat en wat hem of haar beweegt.
- Bescheidenheid: realiseer u dat u als verpleegkundige/ begeleider in de GGZ een bescheiden schakel bent in het leven van uw patiënt.

Met betrekking tot het aspect *inzet*: Boudewijns succeservaringen stammen uit een ver verleden en hij weet nu niet meer goed of hij daar nog wel op kan vertrouwen. Dit maakt hem onzeker over nieuwe activiteiten die hij zou kunnen ontplooiën.

Het *omgevingsbesef* is aanvankelijk klein. Boudewijn had er nauwelijks zicht op hoe zijn eigen wensen ten aanzien van werk zich verhielden tot de eisen die aan dit werk worden gesteld. Hij slaagt er echter in – ondanks de afkeurende houding van zijn begeleider – om (met enige hulp) te bekijken wat er nodig is om beveiliging te kunnen worden. En hij komt er zo achter dat dit momenteel niet binnen zijn bereik ligt.

Zijn *identiteitsbesef* is goed ontwikkeld: hij heeft een heldere kijk op zichzelf en hij weet wat hij belangrijk vindt. Hij is vooral op zoek naar activiteiten die zijn identiteit en zelfbeeld versterken.

De *begeleidingsbehoefte* wordt gekleurd door zijn behoefte aan onafhankelijkheid en het beperkte vertrouwen dat hij in zijn begeleiders heeft. Dit maakt dat hij graag zelf wil uitzoeken wat zijn toekomstige stappen worden. Tips accepteert hij wel.

Boudewijn stelde gaandeweg als doel: 'Driemaal per week als bezoeker naar het buurthuis gaan om daar mijn eigen kleding te maken – als de naaimachine er is'.

Hier wordt een aspect van herstel besproken, namelijk het vinden van voor de cliënt zinvol werk of dagbesteding. Er komt nu een aantal vragen op, die kunnen dienen als reflectie op de casus en uw eigen handelen:

1. Wat is voor u het kenmerkende verschil tussen de medisch-psychiatrische benadering en de op herstel gerichte irw?

2. Wat had de rehabilitatiedeskundige volgens u nog meer moeten doen om het herstel van Boudewijn te bevorderen?

3. Wat zou u als verpleegkundige/ begeleider nodig hebben aan kennis en vaardigheden om doelgericht bij te dragen aan het herstel van Boudewijn?

In de GGZ hebben we nogal de neiging om vanuit één denkkader te handelen, te weten het medisch-psychiatrische model. We observeren en diagnosticeren, we definiëren in hulpverleners taal wat de ziekte/ stoornis is en we stellen een therapie vast. Veel van de activiteiten worden uitgevoerd en beoordeeld in deze lijn van symptomen, ziekte/ stoornis en therapie. We verleiden, motiveren, stimuleren cliënten om zich te voegen in deze behandellijn en stellen als hulpverleners vaak grotereels vast wat goed is voor de patiënt.

In een herstelondersteunende benadering draait het veel meer om het luisteren, het vragen naar wat de cliënt beleeft, het op zoek gaan naar de persoonlijke betekenis van oorzaak en gevolg van de aandoening en het benadrukken van zelfhulp en lotgenotencontact. Het holistische perspectief staat hierbij centraal, waarbij aandacht gegeven wordt aan alle aspecten van menselijk functioneren: er wordt naast de medisch-psychiatrische problematiek alle aandacht gegeven aan het psychisch functioneren (lees: beleevingsaspecten), het sociale functioneren (lees: het vervullen van sociale rollen die betekenis hebben voor de cliënt) en aan zingeving (lees: hoe kan ik zin geven aan mijn leven ondanks mijn psychische problemen?).

Herstelondersteunende zorg vraagt dus om een echt andere houding en vaardigheden dan we nu vaak in de praktijk toepassen. Aan de andere kant: de holistische benadering van de cliënt en zijn systeem is voor de verpleegkunde geen nieuw fenomeen: in veel verpleegkundige theorieën staat deze holistische benadering centraal en is hierover dus onderwezen tijdens de opleidingen. Een bekende frase is die van emeritus hoogleraar verplegingswetenschap prof. dr. Mieke Grypdonck, die de essentie van verpleging beschreef als het ondersteunen van de patiënt om het leven boven de ziekte uit te tillen.⁴ Maar waarom vinden we het zo moeilijk om deze holistische, op herstel gerichte benadering in de praktijk toe te passen? Dit vraagt om bezinning en om een heroriëntatie binnen ons verpleegkundig denken en handelen.

Het durven/ mogen loslaten van het medisch denkkader en het werken volgens de principes van herstelondersteunende zorg is een opgave waarmee de gehele organisatie met de invoering van wijkgerichte teams te maken gaat krijgen

Jaerlang gebruikte oplossingsstrategieën, gedomineerd door het medisch-model, laten zich niet zomaar

vervangen door een andere visie, houding en vaardigheden, gebaseerd op het herstelondersteunende model. Een aantal voorwaarden staat beschreven in de *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de Geestelijke Gezondheidszorg* (Trimbos-instituut, 2012). Bij deze implementatie zijn de volgende aspecten van belang:

- het ontwikkelen van een gezamenlijke visie op herstel en herstelondersteunende zorg;
- steun van de directie en het hoger management;
- een goede samenwerkingsrelatie tussen cliëntenraad, directie en management;
- het bieden van ruimte aan cliënten om activiteiten te ontwikkelen, ervaringen uit te wisselen en mee te kunnen denken over beleid.

In een veranderproces richting herstelondersteunende zorg kunnen medewerkers nadenken over de ondersteuning en begeleiding die zij hierbij nodig hebben en over de vormgeving van deze verandering in hun alledaagse werk op de afdeling. Te denken valt aan de samenwerking van het team, het werken met ervaringsdeskundigen, de totstandkoming van begeleidingsplannen, de wijze van verslaglegging in het EPD (elektronisch patiëntendossier), maar zeker ook aan de betekenis van de nieuwe manier van werken voor de individuele medewerker zelf.

Tot slot:

Wat hebt u nodig om cliënten te ondersteunen om hun leven boven de ziekte uit te tillen?

Voor vragen/ opmerkingen naar aanleiding van dit artikel: h.vanpeperstraten@parnassia.nl

LITERATUUR

- 1 Dröes J, Wel T van, Korevaar L. Rehabilitatie en herstel. In: Korevaar L, Dröes J (red). Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn. Busssum: Uitgeverij Coutinho, 2011.
- 2 Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16:11-23.
- 3 www.rehabilitatie92.nl/wp-content/uploads/2011/05/Methodedeschrijving-Individuele-Rehabilitatiebenadering-80.pdf
- 4 Grypdonck, M. (2000). Het leven boven de ziekte uittillen: de verpleegkundige als bondgenoot van de chronisch zieke. In: 10 jaar Verpleegwetenschap in Utrecht: nieuwe accenten in de zorg voor chronisch zieken (pp. 3-31). Leiden: Struyt, van Manngem en de Does, Hendriksen, Pavier A, Nijhens K, Rooijten S van. In: Bakel M van, Dröes J (red). Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
- 6 <http://www.praatmetons.nl/php/skdownload.php?id=52>

NURSE ACADEMY GGZ

is nu ook volledig te
lezen op de iPad!

Installeer
 DvK mediaplay
vanuit de
iTunes Store
en download
direct de
nieuwste
editie. *

* voor abonnees

DvK

