

LECTORAAT ZORG & INNOVATIE IN DE PSYCHIATRIE

Op weg naar effectieve, vroegtijdige en herstelondersteunende geestelijke gezondheidszorg

Dr. Nynke Boonstra

Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken op 27 mei 2016

KENNIS EN BEDRIJF



NHL

KENNIS EN BEDRIJF

Het lectoraat heeft als doel verbetering van de zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische kwetsbaarheid of psychiatrische aandoening. Dit betekent dat we, samen met de beroepspraktijk en docenten van het instituut Zorg & Welzijn van NHL Hogeschool, vernieuwende projecten starten gericht op vroegtijdige en herstelondersteunende zorg. Daarbij kijken we ook naar mogelijkheden van digitale innovatie. Op deze manier levert het lectoraat een bijdrage aan het onderbouwen van beroepshandelingen door hbo-professionals.

LECTORAAT ZORG & INNOVATIE IN DE PSYCHIATRIE

Op weg naar effectieve, vroegtijdige en herstelondersteunende geestelijke gezondheidszorg

Dr. Nynke Boonstra

Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken op 27 mei 2016

Colofon

© Nynke Boonstra, Lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie, 2016
NHL Hogeschool in samenwerking met GGZ Friesland.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd
en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke
andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van NHL Hogeschool.

Tekst: Nynke Boonstra
Oplage: 1000 stuks
Vormgeving: NHL Hogeschool
Overige illustraties: Marco Kuipers & Inge Postma

© Foto's Shutterstock
Pagina 76, 78, 80 en 82: Friso Bruins

96 pagina's
ISBN/EAN: 978-94-91790-11-9



Inhoud

Inleiding 9

1 Veranderende geestelijke gezondheidszorg 15

- 1.1 Veranderende structuur 15
- 1.2 Bekostiging binnen de psychiatrie 19
- 1.3 Routine Outcome Measurement (ROM) 21

2 De doelgroep van het lectoraat 23

- 2.1 De ontwikkeling van psychiatrische stoornissen 23
- 2.2 De psychische gezondheid van studenten 27

3 Preventie en vroegtijdige behandeling 31

- 3.1 Preventie van uitval als gevolg van psychiatrische symptomen 31
- 3.2 Preventie van somatische comorbiditeit 34

4 Evidence based en practice based werken in de psychiatrie 37

5 Van ziekte naar herstel 41

- 5.1 Gepersonaliseerde diagnostiek met behulp van de ICF 41
- 5.2 Positieve gezondheid 43
- 5.3 Herstelondersteunende zorg 45
- 5.4 Bevorderen van zelfmanagement en eigen regie 47

6 Digitale innovatie 51

- 6.1 Implementatie gap 53
- 6.2 Wensen van de gebruikers 55
- 6.3 Persuasive technology 57

7 Veranderingen voor de hbo-professional 63

8 Het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie 69

- 8.1 Doelstelling 69
- 8.2 Praktijkgericht onderzoek binnen het lectoraat 71
- 8.3 Huidige activiteiten binnen het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie 72

De kenniskring 75

Dankwoord 85

Literatuur 89



“A little less conversation,
a little more action please”

Elvis Presley, 1968

Inleiding

Stijgende zorgkosten zijn aanleiding om de zorg voor cliënten beter en effectiever vorm te geven; dit geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Hiervoor is efficiëntere hoogwaardige zorg nodig, waarbij de inbreng van mensen met psychiatrische problematiek en hun naaste betrokkenen steeds groter wordt. Om deze uitdaging goed vorm te geven, biedt een aantal ontwikkelingen kansen op dit terrein.

Toen ik in 1997 begon als verpleegkundige bij het psychiatrisch ziekenhuis Groot Lankum in Franeker, werkten we volgens de principes van transmurale zorg. Dit hield in dat de behandeling, die ambulant was ingezet, doorging wanneer een cliënt tijdelijk moest worden opgenomen. Deze werkwijze was vooruitstrevend, we zagen het als een grote stap in ambulantisering. Voorheen werden mensen vaak voor lange tijd opgenomen en was de kloof tussen ambulante behandeling en klinische opname erg groot. Bijna twintig jaar later zie ik een groot verschil tussen de huidige werkwijze in vergelijking met die van toen. Waarbij we datzelfde ongetwijfeld over twintig jaar opnieuw zullen zeggen over de huidige tijd.



Een van die veranderingen in de tijd is de visie op ziekte en gezondheid. Daar waar tot voor kort gezondheid werd gekenmerkt door de afwezigheid van ziekte, wordt gezondheid nu steeds meer gezien als veerkracht om je aan te passen en je eigen regie te voeren ten aanzien van psychische, fysieke en sociale uitdagingen in het leven (Huber, 2011). Gezondheid is daarmee niet langer een doel maar een middel om te komen tot wat een mens zelf wil. Dit vraagt om zorg die is afgestemd op de persoonlijke zorgbehoeften en op de persoonlijke ambitie van een individuele cliënt. Er wordt in deze bijdrage gesproken over het concept zorg, omdat dit aansluit bij de terminologie van de dagelijkse praktijk. Met zorg en zorgbehoefte wordt tevens behandeling en ondersteuning bedoeld waarbij de focus ligt op het ontwikkelen van meer eigen regie en eigen kracht. Het belang van afstemming tussen mensen met een zorgbehoefte en hun naasten is terug te zien in termen als shared decision making en herstelondersteunende zorg. Shared decision making houdt in dat de cliënt mede bepaalt welke behandelkoers wordt ingezet en hoe deze wordt vormgegeven. Herstelondersteunende zorg betekent dat er naast aandacht voor het behandelen van symptomen, zoals psychotische of depressieve klachten, ook aandacht is voor de persoon die deze symptomen heeft en voor de manier waarop hij of zij zijn leven weer vorm kan geven op gebieden als werk, school of contact met vrienden. Die benadering was in 1997 ondenkbaar, behandelaren wisten immers wat goed was voor een cliënt, zij hadden er ten slotte voor gestudeerd.

De ambulantiseringsslag waarmee ik in 1997 al ervaring opdeed, trekt door in de vorm van de verdere afbouw van bedden. In vergelijking met 2012 zijn in 2020 naar verwachting 30% minder bedden beschikbaar in de psychiatrie. Dit betekent dat mensen met een psychiatrische stoornis zo lang mogelijk ambulante behandeling krijgen. Dit is voor zowel cliënten als hun familie vaak prettig, maar soms ook lastig. Een sociale crisis is niet langer meer voldoende indicatie voor een opname. Professionals in de ambulante psychiatrie, maar ook wijkverpleegkundigen en sociaal werkers krijgen meer te maken met mensen met ernstigere psychiatrische problematiek. Hierbij zijn zij meer op zichzelf aangewezen. In een kliniek kan te allen tijde iemand mee kijken, ambulant maak je zelf een inschatting.

Tegenwoordig zijn we ons meer bewust van de mogelijkheden die preventie biedt binnen de psychiatrie. Verschillende internationale studies laten zien dat vroegdetectie van psychiatrische stoornissen mogelijk is. Hierbij kan zelfs de ontwikkeling van een daadwerkelijke stoornis worden voorkomen. Normaliserende en ondersteunende interventies, gericht op het behoud van sociale rollen, dragen hieraan bij. Ook vroegtijdige herkenning en behandeling van gelijktijdig voorkomende psychiatrische klachten en somatische risicofactoren bij een persoon, zijn van belang om ernstigere stoornissen te voorkomen.

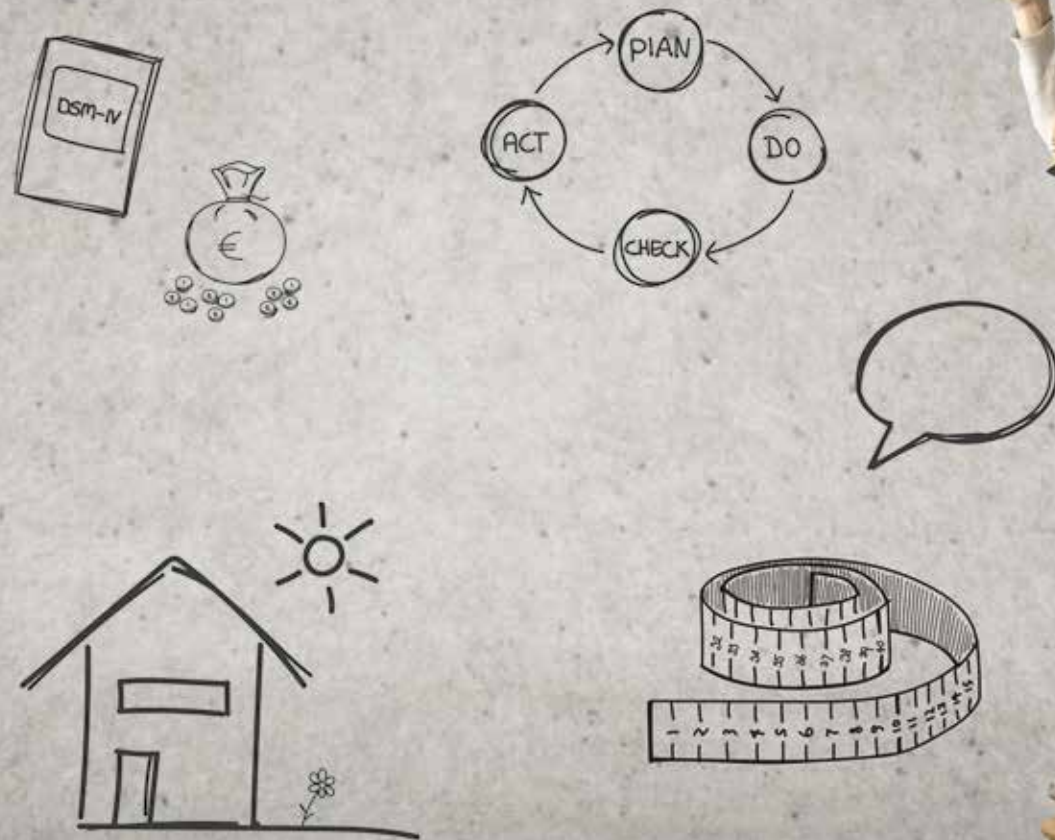
Een andere ontwikkeling is de discussie ten aanzien van evidence based practice. Er wordt in het hele land gewerkt aan de ontwikkeling van zorgstandaarden en generieke modules om de zorg aan mensen met psychiatrische stoornissen zoveel mogelijk eenduidig en evidence based en practice based aan te bieden. Deze zorgstandaarden worden ontwikkeld in samenwerking met cliënten, familie en zorgprofessionals met verschillende specialisaties. De stem van cliënten en familie wordt hierbij erg belangrijk geacht. Critici zetten vraagtekens bij de praktische toepassing van zulke richtlijnen, aangezien ze grotendeels zijn gebaseerd op randomised controlled trials, een onderzoekmethode die een zo homogeen mogelijke doelgroep includeert en zich niet goed leent voor ieder type interventie. Deze doelgroep komt vaak niet overeen met de individuele cliënt in de behandelkamer. Er wordt dan ook gepleit voor meer kwalitatief onderzoek, waarbij de individuele cliënt centraal staat.

Er is nog weinig wetenschappelijke evidentie beschikbaar voor het handelen van hbo-professionals in de psychiatrie (in deze bijdrage met name bedoeld: (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten GGZ en maatschappelijk werkers/GGZ agogen), met als gevolg dat hun werkzaamheden nauwelijks is terug te vinden in richtlijnen. Kwalitatief onderzoek leent zich ook vaak beter voor onderzoek ten aanzien van het handelen van deze disciplines. Meer passende onderzoeksmethoden naar het handelen van hbo-professionals en het genereren van toegankelijke publicaties en aandacht voor verschillende vormen van onderzoek in het onderwijs, zijn dan ook van belang om een bijdrage te leveren aan het verkleinen van dit hiaat. Daarbij zijn ze van belang om nu en in de toekomst goed te kunnen blijven inspelen op de hulpvraag van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Om cliënten en naastbetrokkenen zelf meer regie te geven en meer aandacht te creëren voor de verschillende aspecten van herstel kunnen e-health toepassingen een belangrijke bijdrage leveren. E-health-toepassingen gecombineerd met reguliere face-to-face contacten (blended behandeling) maakt het beter mogelijk gepersonaliseerde zorg te leveren op de plaats en het moment waarop het voor de cliënt en zijn omgeving het beste past. In de huidige praktijk wordt persoonsgerichte e-health beperkt toegepast binnen de geestelijke gezondheidszorg. Een gemiste kans. Voor verdere implementatie is het nodig om in co-creatie met de gebruikers toepassingen te ontwikkelen die aansluiten bij de behoefte van de gebruikers.

In deze rede zal ik in hoofdstuk 1 ingaan op de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg en in hoofdstuk 7 op de gevolgen van deze veranderingen voor zowel de cliënt als de hbo-professional. De speerpunten vroegtijdige herkenning, interventie en herstelondersteunende zorg bespreek ik achtereenvolgens in hoofdstuk 3 en 5. Het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie richt zich op iedereen die ooit in zijn leven te maken krijgt met psychische klachten, in het bijzonder jongeren en jongvolwassenen. De rationale achter deze keuze wordt besproken in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 4 bespreek ik het belang en de wijze waarop het ontwikkelen van wetenschappelijke evidentie voor hbo-professionals hierin een rol speelt. Hoofdstuk 6 beschrijft de stand van zaken rondom mensgerichte *e-mental health*-toepassingen. Per hoofdstuk worden de belangrijkste innovatieve projecten en onderzoeken beschreven waarvoor het lectoraat zich op dit moment inzet en in de toekomst voor wil gaan inzetten. Tot slot wordt in hoofdstuk 8 samengevat wat de voorgaande hoofdstukken betekenen voor de inhoud en manier waarop het lectoraat een bijdrage levert aan kennisvermeerdering en kenniscirculatie binnen de geestelijke gezondheidszorg. We gaan aan de slag!

VERANDERENDE GGZ



“Time to Change”

Mind and Rethink Mental Illness, 2013

1. Veranderende geestelijke gezondheidszorg

1.1 Veranderende structuur

De geestelijke gezondheidszorg is flink in beweging. Het aantal zorgvragers stijgt, terwijl de budgetten krimpen. Om de zorg doeltreffend, betaalbaar en dichtbij de cliënt te organiseren, kwamen vertegenwoordigers van zorgaanbieders, cliënten, familieorganisaties, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en de overheid in het bestuurlijk akkoord 2013-2014 overeen, dat geestelijke gezondheidszorg in Nederland hervormd moest worden. In 2008 is de praktijkondersteuner (POH) GGZ, werkzaam in de huisartsenpraktijk, in het leven geroepen (Klink, 2007). Vanaf 1 januari 2014 bestaat de keten van de GGZ uit drie echelons: de huisartsenzorg, waaronder de functie POH GGZ, de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Afhankelijk van de zorgvraag wordt de cliënt zo laag mogelijk in de keten behandeld. Mensen met lichte psychiatrische klachten krijgen hulp vanuit de huisartsenzorg door de POH GGZ. Behandeling van lichte tot matige, niet complexe, psychiatrische stoornissen vindt plaats in de generalistische basis GGZ. Wanneer dat onvoldoende resultaat oplevert of wanneer er sprake is van een complexe ernstige psychiatrische stoornis, worden mensen verwezen naar de gespecialiseerde GGZ. De huisarts is poortwachter voor de drie echelons; voor opschalen of afschalen is altijd een verwijzing nodig van een huisarts.

Vanaf 1 januari 2015 heeft met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een grote transitie plaatsgevonden in het sociale domein. De verantwoordelijkheid voor cliënten die aanspraak maken op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is van het zorgkantoor overgegaan naar de gemeenten. Gemeenten doen voortaan zelf de indicatiestelling. Het maatschappelijke doel van de Wmo is de participatie van burgers bevorderen en verantwoordelijkheid dragen voor zowel je eigen welbevinden als dat van je naasten, oftewel: meedoen (Transitiebureau Wmo, 2014). De Wmo richt zich daarmee op alle burgers. Burgers met psychische problemen kunnen daarnaast ondersteuning krijgen vanuit de GGZ. Hiervoor werken wijkteams vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Flexibele-ACT-teams vanuit de GGZ samen. De werkwijze verschilt per regio. Deze samenwerking is een uitdaging waarin verbindingen voorzichtig worden gelegd en waar nog veel winst valt te behalen. Denk aan de discussie rond "verwarde mensen op straat". Er wordt verondersteld dat er meer verwarde mensen voor overlast zorgen op straat als gevolg van de invoering van de Wmo en de ambulantisering. De huidige registratiesystemen maken het echter niet mogelijk deze hypothese middels exacte cijfers te toetsen. Welzijnswerkers zijn al decennia lang actief in dit domein en hebben dan ook veel ervaring met ambulante ondersteuning waarbij versterken van eigen kracht van burgers het uitgangspunt is. Ook andere partijen zoals scholen en werkgevers worden belangrijke partners om behandeling en begeleiding goed vorm te geven. Professionals dienen dan ook goed te weten hoe zij informatie moeten overbrengen en welke deskundigheid en discipline zij tot hun beschikking hebben.

Daarnaast zijn de gemeenten sinds 2015, op basis van de jeugdwet, verantwoordelijk voor integrale jeugdhulp (Factsheet hoofdlijnen en wetsvoorstel jeugdwet, 2013). Dit betekent dat gemeenten de regie hebben over wie welke zorg mag leveren en verantwoordelijk zijn voor de bekostiging van zorg aan kinderen en jongeren tot 18 jaar, die kan doorlopen tot maximaal het 23ste levensjaar. Daarnaast hebben gemeenten de budgetten van cliënten in de langdurige woonvoorzieningen en dagbesteding in hun portefeuille gekregen. Het uitgangspunt van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is betaalbare en doeltreffende zorg dichtbij huis te bieden. Hierbij ligt de focus op het behouden en bevorderen van participatie. Hierin hebben GGZ-instellingen een belangrijke rol, evenals gemeenten. Mensen met psychiatrische stoornissen willen bij voorkeur in hun eigen omgeving of poliklinisch behandeld worden. Hierbij zijn sociale rollen zoals werk en dagbesteding, vrienden en sociale contacten, van belang. Het is dan ook van betekenis dat er naast herstel van symptomen ook aandacht is voor herstel van burgerschap. Om deze ambulantisering te bevorderen, is de eis gesteld om het aantal bedden in 2020 ten opzichte

van 2008 te reduceren met 30% (Bestuurlijk akkoord 2013-2014, 2014-2017). Dit geldt ook voor cliënten die gedwongen worden opgenomen; het is de bedoeling om dwang- en drangmaatregelen jaarlijks met 10% te reduceren.

De ambulante behandeling die daarvoor nodig is, wordt verzorgd door speciaal daarvoor toegeruste teams. De meeste GGZ-instellingen hebben hiervoor flexibele, herstelondersteunende, ambulante teams; de zogenaamde (Flexibele) ACT-teams. Zo'n team kan cliënten in hun eigen omgeving en naar behoefte intensief of minder intensief bezoeken en ondersteunen bij psychiatrische klachten en bij problemen in het dagelijks functioneren (van Veldhuizen, Polhuis, Bähler, Mulder, Kroon, 2015).

Door een toename van het aantal ambulante cliënten met zwaardere psychiatrische problematiek krijgt de rol van de ambulante verpleegkundige en sociaal werkers een andere vorm. Daarnaast wordt de cliëntengroep waarbij ambulante behandeling ontoereikend is en toch een opname nodig is, zwaarder. Het gevolg hiervan is dat ook intramurale verpleegkundigen goed op de hoogte moeten zijn van recente inzichten in effectieve zorg voor mensen met psychiatrische stoornissen. Zij kunnen niet leunen op specialisten zoals psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten. De vraag naar goed opgeleide hbo-professionals die goed zijn toegerust op deze veranderende problematiek zal dan ook toenemen.

Om een antwoord te kunnen geven op de veranderende aard en kwantiteit van zorgvragers met psychische problemen, is in de toekomst grote behoefte aan hbo-professionals. Een van de kenniskringleden van het lectoraat heeft zitting in de leerplancommissie van de opleiding Verpleegkunde en het ontwikkelteam onderwijs Bachelor Nursing 2020. Hiermee kunnen nieuwe inzichten vanuit onderzoek direct worden geïmplementeerd in het onderwijs. Op termijn zal eenzelfde koppeling worden gemaakt met de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening.



1.2

Bekostiging binnen de psychiatrie

Psychiatrische stoornissen veroorzaken veel persoonlijk leed en gaan gepaard met hoge kosten voor de samenleving. Deze hoge kosten zitten, naast de prijs van behandeling, ook in kosten als gevolg van ziekteverzuim en gemiste carrièrekansen. Het Nederlandse budget voor de geestelijke gezondheidszorg was in 2015 €7 miljard euro (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink, van Os, 2016). Hiervoor worden ongeveer 1,5 miljoen mensen behandeld.

De huidige bekostiging van cliënten met psychiatrische problemen is voor 18+ in de generalistische basis GGZ gebaseerd op een maximaal aantal behandelminuten en in de specialistische GGZ op basis van een diagnose behandelcombinatie. Hierbij is een vast bedrag gekoppeld aan een psychiatrische classificatie volgens de DSM-IV (APA, het classificatiesysteem dat internationaal wordt gebruikt binnen de psychiatrie). Instellingen hebben zorgprogramma's beschreven op basis van multidisciplinaire richtlijnen om te laten zien dat ze volgens de laatste wetenschappelijke evidentie werken. De keerzijde van deze richtlijnen is dat het geen handboek betreft waarin alle vraagstukken worden behandeld. Daarnaast wordt er in richtlijnen gezocht naar wetenschappelijke evidentie op basis van *randomised controlled trials*, waarin doorgaans een selectieve cliëntengroep wordt geïnccludeerd, die meestal niet generaliseerbaar is naar de brede populatie waarop een richtlijn van toepassing is. Gemiddelde uitkomsten voor een groep hoeven niet effectief te zijn voor een individuele cliënt. *Randomised controled trials*, de basis van alle richtlijnen, is een type onderzoek dat niet voor elk type interventie geschikt is. Het gevolg hiervan is dat interventies die niet op basis van een *randomised controlled trials* zijn onderzocht, niet worden opgenomen in een richtlijn, terwijl zij wel effectief kunnen zijn. Interventies die niet in richtlijnen zijn opgenomen, worden niet vergoed door zorgverzekeraars, ongeacht eventuele individuele behoeften. De vergoeding is dus niet gebaseerd op de inhoud van de behandeling, de ingezette behandeling of het behaalde resultaat. Kosten van de totale behandeling zijn dan ook steeds vaker sturend voor het wel of niet kunnen inzetten van interventies.

1.3

Routine Outcome Measurement (ROM)

Veel GGZ-instellingen monitoren al geruime tijd structureel cliëntengroepen waarbij symptomen, functioneren, behandelings- en ondersteuningsbehoeften in kaart worden gebracht. Hiervoor gebruiken ze *Routine Outcome Measurement* (hiermee kan de zorg beter worden afgestemd op de individuele cliënt). Door de uitkomsten van een behandeling structureel te meten, krijgen behandelaar en cliënt op systematische wijze inzicht in de effecten van de behandeling. Waar nodig kan de behandeling tijdig worden bijgestuurd. Daarnaast geven de ROM-uitkomsten op groepsniveau informatie waarmee geëvalueerd kan worden in hoeverre de huidige werkwijze voldoende effectief is en voldoende aansluit bij de zorgbehoeften van de doelgroep. Ook voor wetenschappelijke doeleinden kunnen ROM-gegevens veel informatie opleveren.

Anno 2016 wordt de verkregen informatie vanuit de vragenlijsten in de ROM slechts voor een deel gebruikt voor het verbeteren van de individuele behandeling. De belangrijkste impuls voor het invullen van een aantal vragenlijsten is de financieringsprikkel. Zorgverzekeraars vragen inzage in de baten van de geboden zorg door voorwaarden te stellen aan de metingen die routinematig dienen te worden afgenomen. Instellingen worden gekort wanneer deze metingen niet, of niet tijdig worden gedaan. ROM komt hiermee los te staan van de oorspronkelijke doelstelling, namelijk het systematisch monitoren en bijsturen van de behandeling. Het is wenselijk ROM weer onderdeel te laten zijn van de plan-do-act-check cyclus in de behandeling.

Het lectoraat wil, naast het ontwikkelen van meer wetenschappelijke evidentie voor het handelen van hbo-professionals op basis van passend onderzoek, samen met cliënten en professionals onderzoeken welke instrumenten in de ROM bijdragen aan het zorgvuldig in kaart brengen van de zorgbehoefte van de individuele cliënt. Hierbij zal tevens aandacht zijn voor de taakverdeling tussen professionals ten aanzien van het effectief verzamelen van gegevens evenals het inzetten van interventies.

DOELGROEP VAN HET LECTORAAT



“Normaal is niets anders dan het
gemiddelde van alle afwijkingen”

Marc Meijer

2. De doelgroep van het lectoraat

Het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie richt zich op ieder mens dat ooit in zijn leven te maken krijgt met psychische problemen. Daarbij horen ook mensen met comorbide verslavingsproblematiek. Jongeren en jong volwassenen vormen hierbij een belangrijke subdoelgroep, omdat 75% van de psychiatrische stoornissen zich openbaart rond de adolescentie en jong volwassenheid.

2.1 De ontwikkeling van psychiatrische stoornissen

Ieder mens maakt in zijn leven periodes mee, soms van korte duur, soms wat langer, waarin hij of zij zich psychisch minder prettig voelt. Veel mensen hebben wel eens een paar dagen waarin zij zich een beetje down voelen, maar dat betekent niet dat er sprake is van een depressie. Ook heeft ieder mens wel eens in meer of mindere mate last van klachten zoals angst en wantrouwen. Deze ervaringen horen bij het leven. Wanneer deze ervaringen echter



een dusdanige vorm aannemen dat ze een langere periode aanwezig zijn en dat ze invloed hebben op het dagelijks functioneren, spreken we van een psychiatrische stoornis. Deze overgang kan er soms zijn naar aanleiding van een traumatische ervaring of ander soort stress, maar het kan ook ontstaan zonder een direct aanwijsbare oorzaak.

Over stoornissen als een depressie, psychose en verslaving weten we dat ze ontstaan door een combinatie van genetische aanleg en omgevingsfactoren zoals trauma in de kindertijd, stress, middelengebruik en beperkte sociale steun (van Nierop et al, 2013, Kim, Lee, 2016). Deze stoornissen openbaren zich veelal rond de adolescentiefase. Ook stoornissen zoals adhd, autisme en angststoornissen (met name fobieën) ontstaan vaak al vroeg in de jeugd (Ormel, et al., 2015). De symptomen van deze stoornissen zijn doorgaans goed te behandelen, maar kunnen gedurende het gehele leven ernstige gevolgen hebben op iemands maatschappelijk en persoonlijk functioneren.

Een recente bevolkingsstudie uit de regio Noord-Nederland laat zien dat 15% van de negentienjarigen een psychiatrische stoornis heeft meegemaakt (Ormel et al., 2015). In een ander recent onderzoek, uitgevoerd in Denemarken, waar alle gegevens over diagnoses die gesteld worden bij inwoners standaard worden geregistreerd, bleek dat over de periode tussen 2000 en 2012, 1 op de 3 mensen ooit in zijn leven psychiatrische behandeling kreeg (Pedersen et al., 2014). Bij vrouwen lag het percentage met 37,7% net hoger dan bij mannen (32,1%). Dit betreft dus alleen de mensen die hulp hebben gezocht voor hun psychiatrische klachten. Het life-time risico op psychiatrische klachten ligt in werkelijkheid naar verwachting nog hoger. Opvallend in deze studie is de incidentiepiek (het aantal nieuwe gevallen in een jaar) van psychische klachten tussen het twintigste en dertigste levensjaar.

Beide studies laten zien dat een psychiatrische stoornis zich veelal openbaart tussen de adolescentiefase en de jongvolwassenheid. In deze periode is het belangrijk voor jongeren om veel sociale rollen te ontwikkelen zoals een opleiding volgen, werk vinden, relaties aangaan en los komen van ouders. Vrienden worden belangrijker en in deze fase ontwikkelen sociale vaardigheden, weerbaarheid en zelfbeeld zich sterk. Als deze jongeren kampen met psychische problemen kan deze sociaal-emotionele ontwikkeling en de ontwikkeling van sociale rollen onder druk komen te staan. Vroegtijdige interventie in deze periode gericht op het behoud van sociale rollen is dan ook van groot belang om erger te voorkomen.



2.2 De psychische gezondheid van studenten

Een belangrijke sociale rol is die van scholier of student. Gemiddeld rapporteert 15% van de jongeren in het voortgezet onderwijs psychische problemen (Dorselaer, 2010, de Schoemaker, 2013). Binnen het hbo en wo geeft 6% tot 49% van de jongeren aan psychische problemen te hebben of te hebben gehad, de getallen variëren afhankelijk van het meetinstrument dat wordt toegepast (Plempers, 2005, Smidt & Simons, 2013). In Nederland komt dat neer op minimaal 40.000 studenten met psychische problemen in het hbo en wo. Van hen geeft 55% aan door deze psychische problemen (ernstig) gehinderd te worden tijdens de studie (Plempers, 2005). Zij hebben om die reden een verhoogde kans vroegtijdig uit te vallen en zonder diploma de opleiding te verlaten. De verwachtingen vanuit de maatschappij zijn hoog, via sociale media communiceert men hoogtepunten waardoor het lijkt alsof iedereen een fantastisch leven leidt, dat leuker en beter lijkt dan het eigen leven. Het taboe op praten over psychische problemen is onder jongeren een groot probleem. Hierdoor lopen zij vaak lange tijd rond met klachten. Het gevolg hiervan is dat deze klachten over de tijd erger worden en de studievoortgang belemmeren. Dit heeft weer een negatieve invloed op de psychische gesteldheid. Voor jongeren is het vaak een grote uitdaging om voldoende vertrouwen te hebben in hun eigen kunnen om ondanks psychische problemen een opleiding te kunnen volgen en voltooien. Vooroordelen ten aanzien van het eigen kunnen, maar ook vooroordelen van anderen, zoals docenten, medestudenten en stageplaatsen ten aanzien van psychische problematiek, beïnvloeden de ontwikkeling en het zelfvertrouwen van de jongere vaak ongunstig. Door het nog steeds geldende taboe op psychiatrische aandoeningen zijn studenten wellicht ook minder snel geneigd om hulp te vragen (Broek, Muskens en Winkels, 2013). Zij hebben daarbij zelf niet altijd tijdig in de gaten dat er sprake is van psychische problemen. Door dit gebrek aan zelfinzicht vragen ze dan geen hulp. De kans op studie-uitval ligt binnen de groep jongeren met een functiebeperking twee keer zo hoog in vergelijking met jongeren zonder functiebeperking. Bij deze groep jongeren met een functiebeperking blijken jongeren met autisme, adhd, psychische beperkingen en functionele beperkingen de grootste kans te hebben op studie-uitval (Broek, Muskens & Winkels, 2013).



Psychiatrische problemen tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid vragen daarom om goede ondersteuning. Scholen hebben een belangrijke rol om jongeren vroegtijdig geestelijk gezond en mentaal sterk te houden en te voorkomen dat ze uitvallen. Lichte interventies zoals normaliseren van ervaringen, ondersteuning bij leervaardigheden en praten over openheid ten aanzien van psychische klachten, kunnen jongeren hierbij helpen. Daarbij hebben studieloopbaan begeleidende (SLB) docenten en decanen een belangrijke rol in het ondersteunen van jongeren bij het zoeken naar hulp bij psychische problemen. Veel hogescholen hebben tot op heden geen specifieke voorzieningen ter ondersteuning van jongeren met psychische problemen ten aanzien van vragen op het gebied van openheid of praktische ondersteuning bij leerproblemen. Ook het herkennen en het inschatten van de ernst van jongeren met psychische problemen is onvoldoende geborgd.

Het lectoraat richt zich op alle mensen met psychische klachten of een psychische kwetsbaarheid ongeacht hun leeftijd. Hierbij hoort ook de doelgroep waarbij sprake is van (co)morbide middelengebruik. Aangezien een groot deel van de doelgroep betrekking heeft op jongeren en jongvolwassenen zijn er meerdere onderzoeken gericht op deze subgroep.

In samenwerking met de Hanzehogeschool Groningen is binnen NHL Hogeschool per 1 april gestart met een project gericht op de studenten van deze beide hogescholen die kampen met psychische problemen. Zestien onderwijsprofessionals (docenten en decanen) zijn getraind op het in gesprek gaan met studenten over hun psychische problemen. Met behulp van de openheidsvragenlijst worden studenten ondersteund om een goede afweging te maken over wat zij wel en niet willen vertellen aan studiegenoten, in de stage of op het werk. Daarnaast starten we met een project gericht op het ondersteunen van jongeren met executieve functieproblemen in relatie tot de studievastigheid, als gevolg van psychische problemen. Bijvoorbeeld problemen met het plannen en bereiken van doelen of bij het samenwerken met anderen.



PREVENTIE EN VROEGTIJDIGE BEHANDELING

“Voorkomen is beter dan (niet) genezen”

Desiderius Erasmus (1466–1536)

3. Preventie en vroegtijdige behandeling

3.1 Preventie van uitval als gevolg van psychiatrische symptomen

Een psychiatrische aandoening ontstaat doorgaans niet van het ene op het andere moment. Beginnende symptomen, bijvoorbeeld sociale angst, kunnen in de loop van de tijd overgaan in ernstigere symptomen, zoals een angststoornis of paranoïa als onderdeel van een psychose. Als we de prognose van psychiatrische stoornissen willen beïnvloeden, moeten we beginnen bij het voorkomen van erger. Zoals in hoofdstuk 2 staat beschreven, gaat dit voor een groot deel om jongeren en jongvolwassenen. In veel gevallen kan leed worden voorkomen bij zowel de jongere als zijn naaste. Dit kan door vroegtijdige ondersteuning bij het herpakken en behouden van de sociale rollen, evenals bij het behandelen van beginnende psychiatrische klachten afgestemd op de persoonlijke situatie.

Symptomen die passen bij een psychose, depressie, angst-, paniek- en dwangstoornis kunnen over het algemeen effectief worden behandeld. Toch lijkt het nog steeds niet altijd goed te lukken om mensen met een dergelijke stoornis zodanig te behandelen dat zij weer optimaal kunnen functioneren. Een belangrijke oorzaak van dit tegenvallende resultaat is dat er in de GGZ pas wordt behandeld als er al sprake is van een stoornis (Wunderink, 2015). Dit in tegenstelling tot veel somatische aandoeningen zoals kanker en diabetes, waarbij al in een vroeg stadium interventies worden ingezet gericht op het voorkomen van kanker of diabetes.



De afgelopen tien jaar is internationaal groeiende aandacht voor preventie van psychiatrische stoornissen. In voorkomende gevallen kan een daadwerkelijke chronisch psychiatrische stoornis worden voorkomen. Hiervoor moeten psychische klachten in een vroegtijdig stadium worden herkend. Daarbij is het van belang terugval in het sociaal functioneren te voorkomen en daarbij proactief te interveniëren zodat in voorkomende gevallen een daadwerkelijke chronisch psychiatrische stoornis kan worden voorkomen.

Het ondersteunen en behandelen van mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een stoornis staat nog in de kinderschoenen. Om de juiste interventies te kunnen toepassen in deze fase is behoefte aan meer kennis over werkzame interventies, met name als die in een vroeg stadium kunnen worden ingezet. Maar, omdat het hierbij om preventieve interventies gaat, is een zorgvuldige afweging van groot belang. Niet bij iedereen met een verhoogd risico leidt een voorstadium ook daadwerkelijk tot een stoornis. Dat is bijvoorbeeld bij de kans op diabetes niet het geval en evenmin bij het risico op een psychiatrische stoornis. We moeten uitgaan van de individuele situatie van mensen, met hun eigen kwetsbaarheid en ervaringen. Dan weegt de investering volgens velen op tegen de kosten en eventuele risico's van onnodig (zelf)stigma (Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer, Kienhorst, 2016). Daarbij blijken zorgvragers in de psychiatrie met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychiatrische aandoening behoefte te hebben aan een ander type interventies dan gediagnosticeerde cliënten die al langere tijd in behandeling zijn. Er is echter nog weinig bekend over de verschillen in zorgbehoefte in deze verschillende fasen.

Het lectoraat draagt bij aan kennisontwikkeling rondom het vroeg signaleren van psychiatrische symptomen in Nederland. Ik neem vanuit het lectoraat zitting in de Stuurgroep Zorgstandaard Psychose en in de implementatiewerkgroep Vroegdetectie Noord-Nederland. Vanuit deze stuurgroep worden ervaringen, opgedaan binnen GGZ Friesland, gedeeld met de andere noordelijke GGZ-instellingen die onderdeel uitmaken van het Rob Giel Onderzoekscentrum. De stuurgroep heeft tot doel om de bekostiging van vroegdetectie landelijk te borgen evenals het ontwikkelen van een digitale toolkit gericht op het implementatie strategieën rondom vroegdetectie. Ervaringen vanuit het vroegdetectie netwerk worden ingezet in het reguliere onderwijs binnen de verschillende opleidingen van het instituut Zorg & Welzijn.

3.2 Preventie van somatische comorbiditeit

Naast preventie en vroegtijdige behandeling van psychiatrische stoornissen is het van belang preventief te werken in het voorkomen van (verergering van) symptomen en van terugval in functioneren. Daarnaast is aandacht nodig voor het voorkomen van somatische co-morbiditeit. Uit een aantal recente overzichtsartikelen blijkt dat de kans op somatische aandoeningen zoals metaboolsyndroom en cardiovasculaire risico's groter is bij mensen met een ernstig psychiatrische aandoening dan bij mensen zonder psychiatrische aandoeningen, enerzijds als gevolg van (de behandeling van) de stoornis, anderzijds als gevolg van een ongezonde leefstijl (Saha, 2007). Deze risico's hangen samen met een verhoogde mortaliteit. Het is van belang om in de behandeling aandacht te hebben voor de leefstijl van de cliënt. Hierbij gaat het naast voeding en beweging om het slaappatroon en factoren die kunnen zorgen voor toename of juist afname van stress. Richtlijnen adviseren aandacht voor leefstijl, maar de in te zetten interventies hierin zijn nog weinig concreet uitgewerkt (Meeuwissen et al, EPA, 2015). Een van de factoren die wordt geadviseerd, is aandacht voor een goede zelfzorg waaronder gebitsverzorging. Mensen met een ernstig psychiatrische aandoening hebben een overwegend slechter gebit dan mensen zonder psychiatrische aandoening (Montejo, 2010). Dit heeft te maken met een slechte zelfzorg, zoals (te) weinig tandenpoetsen en tandartscontroles, evenals een verhoogde kans op een slechtere mondhygiëne als gevolg van een ongezond eet- en drinkpatroon en een hoog percentage mensen dat rookt en blowt. Daarbij hebben bepaalde medicatie zoals antipsychotica en antidepressiva als bijwerking een droge mond met als gevolg een veranderde mondhygiëne. In de praktijk is in de behandeling vaak weinig aandacht voor zelfzorg. Een slecht gebit is snel zichtbaar wat vaak grote gevolgen heeft voor het zelfstigma, evenals voor het stigma door anderen.

Het lectoraat heeft een eerste verkennend onderzoek uitgezet onder jongeren die in behandeling zijn bij GGZ Friesland. Dit onderzoek brengt de mondgezondheid en ervaren mondkwaliteit in relatie tot jongeren zonder een psychiatrische stoornis in beeld. Om te voorkomen dat deze jongeren op termijn een slechte mondgezondheid ontwikkelen, lijkt het van belang om hierin vroegtijdig te ondersteunen door middel van voorlichting en ondersteunende interventies. Met interviews binnen de doelgroep kijken we naar de behoefte aan ondersteuning van jongeren.

Een ander onderzoeksproject binnen dit thema gaat over de leefstijl van mensen met een licht verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis. Op dit moment worden voorbereidingen getroffen voor een promotietraject, gericht op het in kaart brengen van somatische risicofactoren bij mensen met een (licht) verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis. Daarbij ligt de focus op het ontwikkelen, aanpassen en onderzoeken van interventies ter bevordering van een gezondere leefstijl bij voornoemde doelgroep.





EVIDENCE BASED EN PRACTICE BASED WERKEN IN DE PSYCHIATRIE

“A good decision is based on knowledge,
not on numbers”

Plato (427 B.C.- 347 B.C.)

4. “Evidence based” en “practice based” werken in de psychiatrie

In het ‘Bestuurlijk Akkoord Toekomstige GGZ 2013-2014’ wordt gesproken over een planmatige, continue verbetering en innovatie van de beroepsuitoefening van professionals. Op die manier kunnen cliënten en hun naasten op een gelijkwaardige basis samen met de behandelaar een beslissing nemen. Om deze doelstelling te kunnen realiseren, is door beroepsverenigingen en het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz) het Kennisnetwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ in het leven geroepen. In de periode van 2014 tot 2017 worden 18 zorgstandaarden opgesteld waarmee 80% van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen de indicatiestelling en de inhoud en organisatie van de zorg beschreven wordt (netwerkkwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

Naast deze 18 zorgstandaarden worden 24 generieke modules opgeleverd, gericht op actuele generieke thema’s binnen de psychiatrie. Bijvoorbeeld vroegdetectie van psychiatrische symptomen, somatische comorbiditeit en zelfmanagement. De ontwikkeling en implementatie van deze kwaliteitsstandaarden moeten een goede zorg bevorderen rondom verschillende psychiatrische stoornissen. Het uitgangspunt hierbij is de zorg te organiseren rondom de individuele cliënt. Hierbij gaat het om de juiste zorg, op de juiste plek, voor de juiste persoon, op een doelmatige en samenhangende wijze.

Voor deze zorgstandaarden wordt gebruik gemaakt van de beschikbare wetenschappelijke evidence en best practices vanuit multidisciplinaire richtlijnen. Deze zijn ontwikkeld op basis van de Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) methode (Everdingen, Burgers, Assendelft, Swinkels, Barneveld, van Klundert, 2004). Binnen deze methode wordt op systematische wijze gezocht naar effectieve interventies op basis van kwantitatief onderzoek (bij voorkeur *randomized controlled trials*) voor een specifieke doelgroep. In het relatief jonge onderzoeksgebied van de verplegingswetenschap en welzijnswerk (social work) is voor hbo-professionals, die ongeveer de helft uitmaken van alle beroepsbeoefenaren binnen de Geestelijke Gezondheidszorg, nog veel evidentie te ontwikkelen. Dit is niet zo verwonderlijk, omdat psychiaters en psychologen, als onderdeel van hun opleiding, al veel langer bezig waren met onderzoek. Dit terwijl er pas sinds 1980 op academisch niveau verpleegkunde en social work wordt gedoceerd, waardoor verplegingswetenschappelijk en social work wetenschappelijk onderzoek nog relatief jong is. Daarnaast sluit kwantitatief onderzoek vaak niet aan bij de onderzoeksvragen van hbo-professionals. Sinds enkele jaren doen hbo-verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en verpleegkundig specialisten in het kader van hun opleiding kleinschalig onderzoek. Het heeft tijd nodig om tot voor de praktijk relevante evidentie te komen die kan worden opgenomen in zorgstandaarden en zorgpaden. Het gevolg van het gebrek aan evidentie voor de hbo-professionals is dat het handelen van deze disciplines nauwelijks terug is te vinden in zorgstandaarden en de daaruit voortvloeiende zorgprogramma's. Dit bemoeilijkt enerzijds de implementatie van de zorgstandaarden, omdat een groot deel van de professionals zich nauwelijks kan identificeren met de inhoud en niet gewend is om wetenschappelijke literatuur te vertalen naar de eigen beroepspraktijk. Anderzijds betekent dit in de huidige praktijk dat in bezuinigingsrondes veelal op de hbo-professionals wordt bezuinigd, omdat zij immers weinig zijn terug te vinden in de evidence based zorgprogramma's.

Als lid van de werkgroep voor de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2012), de module vroege psychose (2016) en de Zorgstandaard Psychose (in ontwikkeling), valt mij op dat deze EBRO-werkwijze een soort achterwaartse redenering is. Op basis van een aantal algemene uitgangsvragen wordt op systematische wijze gezocht naar evidence based interventies. Het zou meer passend zijn als op systematische wijze inzichtelijk wordt gemaakt wat de zorgbehoeften zijn van cliënten binnen de psychiatrie en dat op basis daarvan een beschrijving wordt gegeven van de mogelijk in te zetten interventies.

Naast het leveren van een bijdrage aan de Zorgstandaard Psychose, zal het lectoraat zich de komende jaren richten op onderzoek op het gebied van de zorgbehoefte van cliënten binnen de psychiatrie. Van daaruit wil het lectoraat op systematische wijze aan kunnen geven welke interventies dienen te worden ingezet. Op deze manier wordt ook inzichtelijk voor welke zorgbehoefte, op dit moment en met de huidige zorgstandaarden, kan worden ingezet en waar hiaten liggen.

Een van de onderzoeksprojecten binnen het lectoraat is gericht op de spoedeisende psychiatrie. Mensen die in een psychiatrische crisis verkeren, kunnen 24 uur per dag ondersteuning krijgen van de crisisdienst. In Friesland wordt de crisisdienst door GGZ Friesland provinciaal aangeboden. Er is nauwelijks onderzoek gedaan binnen de crisisdienst. Hierdoor is de beslissing om tot interventies te komen erg afhankelijk van de individuele voorkeuren, kennis en ervaring van de dienstdoende verpleegkundige en psychiater. Het lectoraat heeft in samenwerking met GGZ Friesland een project opgestart dat is gericht op het systematisch in kaart brengen van kenmerken tijdens een crisissituatie, in combinatie met de overweging van de crisisdienstmedewerker om tot een bepaald type interventie te komen. Het project met de naam Systematic Monitoring of Acute interventions Resulting from Triage (SMART) legt op deze manier een infrastructuur aan om systematisch gegevens te meten over klachten en omstandigheden tijdens crisissituaties, om vervolgens te komen tot een werkzaam triage instrument. Op deze wijze kan de zorgbehoefte van iedere individuele cliënt goed in kaart worden gebracht. De verwachting is dat de mate waarin het samen lukt om tot de juiste keuze van een interventie te komen, bijdraagt aan de behandelrespons. Om die reden is shared decision making een centraal thema tijdens de monitoring. In de toekomst kan onderzoek ingezet worden naar de effectiviteit van ingezette interventies tijdens en na een crisis.

VAN ZIEKTE NAAR HERSTEL



“Wat het beste is voor de gemiddelde cliënt is misschien nooit het beste voor een specifieke cliënt”

Philippe Delespaul, 2016

5. Van ziekte naar herstel

De zorgbehoefte van iedere cliënt is verschillend. Standaard vragenlijsten over zorgbehoefte geven dan ook hooguit een indicatie, maar geen inzicht in de persoonlijke situatie van de individuele cliënt. Hiervoor is meer gepersonaliseerde diagnostiek nodig. Met behulp van alleen de DSM, het classificatiesysteem waarop zorgprogramma's en financiering zijn geënt, komen we er niet (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink, van Os, 2016). Zo hebben meerdere cliënten met een zelfde DSM-classificatie toch andere symptomen met onderliggend een verschillende veerkracht en kwetsbaarheid. Dit maakt dat iedere cliënt daarvoor een ander type behandeling nodig heeft. Deze idiografische componenten zijn van essentieel belang om tot gepersonaliseerde diagnostiek en behandeling te komen.

5.1 Gepersonaliseerde diagnostiek met behulp van de “*International Classification of Functioning*” (ICF)

Een gepersonaliseerde diagnostiek en de daarmee samenhangende behandeling vaststellen, specifiek passend voor de individuele cliënt, is mogelijk met de *International Classification of Functioning* (ICF, WHO FIC Collaborating Centre, 2007). De ICF is een



gezondheidsmodel op basis van een classificatiesysteem dat is ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Met behulp van het gezondheidsmodel van de ICF worden het menselijk functioneren en problemen die daarin optreden op basis van drie perspectieven beschreven:

1. het perspectief van het lichaam (functies en anatomische eigenschappen)
2. het perspectief van het menselijk handelen (activiteiten)
3. het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (participatie)

Daarnaast worden belemmerende en bevorderende externe en persoonlijke factoren in kaart gebracht. Op basis van dit gezondheidsmodel wordt het functioneren van de cliënt in kaart gebracht, waarbij zowel aandacht is voor de klachten als voor iemands krachten. Zeker in de psychiatrie zijn de krachten van cliënten van groot belang bij het inzetten van de juiste interventies.

5.2 Positieve gezondheid

Met behulp van de ICF kunnen professionals op systematische wijze de gezondheids-toestand van een cliënt in kaart brengen, waarbij recht wordt gedaan aan de persoon. Dit uitgangspunt sluit goed aan bij de veranderende kijk op gezondheid in het algemeen. Tot voor kort hanteerde de WHO gezondheid als de afwezigheid van ziekte plus compleet welbevinden (WHO, 2007). Op grond van het groeiende aantal ouderen met chronische ziekten dat zich overwegend gezond voelt, heeft ZonMw (Zorg Onderzoek Nederland Medische wetenschappen) in samenwerking met de Gezondheidsraad in 2009 een tweedaagse conferentie georganiseerd. Hier spraken 38 internationale experts over de definitie van gezondheid (Kromhout, Smid, 2010). Het resultaat daarvan was een definitie waarbij gezondheid wordt omschreven als het vermogen van mensen om zich aan te passen en zelf de regie te voeren, gegeven psychische, lichamelijke en sociale uitdagingen (Huber, 2011).

Deze nieuwe definitie richt zich op gezondheid als middel om een zinvol leven te leiden, waarbij afwezigheid van ziekte geen doel op zich is. Het wordt "positieve gezondheid" genoemd, vanwege de brede kijk op gezondheid en welbevinden waarbij eigen kracht en regie worden vergroot (Huber, 2011). De veranderende kijk op gezondheid heeft grote invloed op de kijk naar cliënten en op de manier van behandeling. Enerzijds gaat het om de eigen regie, anderzijds om het omgaan met symptomen (zowel psychische als lichamelijke), uitdagingen in sociale context en persoonlijke veerkracht (*resilience*). Een psychiatrische



stoornis kan soms een leven lang in meer of in mindere mate aanwezig zijn. Voor veel mensen geldt dat wanneer zij een goede manier vinden om hiermee om te gaan, zij in staat zijn een zinvol leven te leiden.

5.3 Herstelondersteunende zorg

Bovenstaande aspecten sluiten naadloos aan bij de herstelbeweging die in de psychiatrie flink aan de weg timmert. Sinds 2009 wordt er naast klinisch herstel, waarbij aandacht is voor het verminderen van psychiatrische symptomatologie, aandacht gevraagd voor het maatschappelijk en persoonlijk herstel (Boevink, 2012). Het maatschappelijk herstel gaat over de mate waarin iemand in staat is om zelfstandig te kunnen wonen en werken of relaties kan aangaan. Hierbij gaat het om het benutten van kansen die de samenleving biedt om de autonomie te vergroten. Het persoonlijk herstel is een ander concept, afkomstig vanuit de cliëntenbeweging. Hierbij gaat het om zelf betekenis kunnen geven aan de dingen die in het verleden zijn gebeurd. Op deze manier trachten cliënten meer greep te krijgen op het eigen leven. Van der Stel onderscheidt daarbij nog een vierde aspect; het functioneel herstel dat zich richt op het verbeteren van de psychische functies die als gevolg van de aandoening zijn verminderd of aangetast (van der Stel, 2015). Hierbij gaat het dan om herstel van cognitieve functies, in het bijzonder de executieve functies die nodig zijn om zich staande te houden in het dagelijks leven, doelen te bereiken en met andere mensen samen te werken.

In de behandeling moet men rekening houden met alle domeinen van herstel, aangezien ze met elkaar interacteren. Soms kan klinisch herstel een voorwaarde zijn voor maatschappelijk herstel of andersom. Maatschappelijk herstel en klinisch herstel gaan vaak gelijk op. Zo kan de ene cliënt met psychotische ervaringen een aantal weken niet werken om zichzelf de tijd te gunnen om deze ervaringen onder controle te krijgen, terwijl een andere cliënt juist door te werken tot symptomatisch herstel kan komen.

Herstel is een uniek proces waarbij alle aspecten van belang zijn. Met name de ervaringsdeskundigen zijn hard bezig met het uitrollen van herstelondersteunende zorg in Nederland. Herstelondersteunende zorg is een ander paradigma en vraagt om een cultuurverandering binnen instellingen en van hulpverleners. De meeste GGZ-instellingen hebben, in lijn met de visie van GGZ Nederland (2009), de principes van herstel als leidend principe inmiddels omarmd. Zij zoeken binnen de verschillende zorgprogramma's naar manieren om aandacht te hebben voor het herstel van gezondheid, de eigen identiteit en



het maatschappelijk functioneren. Naast aandacht voor herstel vanuit GGZ-instellingen gaat het proces van herstel met name om maatschappelijk en persoonlijke herstel waarbij ook vaak andere partijen een rol spelen. Hierbij kunnen sociaal werkers een goede aanvulling zijn. Sociaal werkers hebben veel ervaring met empowerment gericht op wat mensen kunnen in plaats van uitgaan van hun problematiek. Ook de samenwerking met familie en belangrijke naasten is hierin erg belangrijk. Vanaf 1 maart heeft GGZ Friesland een herstelcentrum opgericht met 17 ervaringsdeskundigen die zich inzetten voor het herstel van anderen.

In samenwerking met Lentis en GGZ Drenthe voert het lectoraat promotieonderzoek uit naar instrumenten om herstel te meten. Hierbij ligt de focus op het gebruik van deze meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk. Er zijn inmiddels verschillende herstellijsten in omloop die met name worden gehanteerd door hbo-professionals in het primaire proces. Wat meten deze lijsten, welk meetinstrument sluit het beste aan bij de praktijk (mogelijk varieert dat per doelgroep) en op welke wijze kunnen we behandeling koppelen aan hersteldoelen op basis van het systematisch in kaart brengen van herstel? Dat zijn hierin belangrijke vraagstukken.

Daarnaast wordt er op verschillende plekken binnen GGZ Friesland onderzoek verricht naar het concept herstelondersteunende zorg. Welke aspecten vinden ouderen van belang om te komen tot herstel en welke aspecten helpen patiënten ten tijde van een crisis om te komen tot herstel? Wanneer er meer zicht is op het concept herstel in relatie tot verschillende doelgroepen kan bekeken worden welke aanpassingen er aangebracht dienen te worden in de huidige werkwijze op de verschillende afdelingen.

5.4 Bevorderen van zelfmanagement en eigen regie

De kern van het verpleegkundige beroep bestond tot 2012 nog voornamelijk uit het verminderen van zelfzorgtekorten. Met het beroepsprofiel van de Verpleegkundige 2020 dat in 2012 uitkwam, is dit veranderd in het bevorderen van zelfmanagement (Stuurgroep verpleegkundigen en verzorgenden 2020, 2012). Ondersteuning van zelfmanagement betekent het verstrekken van informatie en aanmoediging om mensen meer controle te laten behouden. Hiervoor moeten verpleegkundigen de situatie van patiënten begrijpen en in staat te zijn dit te monitoren en passende interventies in te zetten wanneer nodig



(Silva, 2011). Hierbij gaat het enerzijds over het aanreiken van tools om cliënten te helpen gezonder te leven en anderzijds om het hanteren van een attitude waarin cliënt en hulpverlener gezamenlijk tot een goede samenwerking komen (Bodenheimer, MacGregor, Shafiri, 2005). Samen keuzes maken, oftewel *shared decision making*, is dus een belangrijk principe in het kader van het bevorderen van zelfmanagement. Het belangrijkste doel is daarbij het verhogen van de *self-efficacy* (zelfeffectiviteit), het vertrouwen in de eigen bekwaamheid om met succes invloed uit te oefenen op zijn of haar omgeving, bijvoorbeeld door een bepaalde taak te volbrengen of een probleem op te lossen). Daarnaast draagt zelfmanagement bij aan een positievere instelling ten aanzien van symptomen, behandeling en kwaliteit van leven. Door uitdagingen van het leven te verbinden aan het vergroten van het welzijn ontstaan andere gezondheidszorgpatronen, waarbij cliënten minder en andere behoeftes hebben ten aanzien van professionele ondersteuning.

Wijk- en gebiedsteams gaan uit van deze 'eigen kracht-versterkende' aanpak. Welzijnswerkers en zorgprofessionals werken samen vanuit deze teams dan wel vanuit aanpalende zorg- en welzijnsorganisaties. Hiervoor is goede samenwerking nodig en inzicht in elkaars discipline is van groot belang.

Binnen het instituut Zorg & Welzijn van NHL Hogeschool worden verschillende groepen medewerkers in de zorg en voor de welzijnssector opgeleid. Het lectoraat biedt daarbij een nuttig platform voor gezamenlijke projecten voor die uiteenlopende studenten, gericht op mensen met psychische problemen. Het gaat hierbij om mensen die reeds in behandeling zijn bij een GGZ-instelling, maar ook om mensen die nog geen hulp hebben gezocht. Een voorbeeld van een dergelijke samenwerking is de minor e-social work waarin zowel zorg- en welzijnsstudenten als studenten van de opleiding Communication & Multimedia Design samenwerken aan praktijkgerichte onderzoeksvragen op het gebied van digitale toepassingen in de zorg en welzijn. Ook in de werkplaats sociaal domein werken studenten vanuit het gehele instituut met elkaar samen waarin aandacht is voor de overeenkomsten en verschillen in de deskundigheid van ieders discipline.



“The best way to become a better designer is to become a client”

Tobias Bergdahl, 2011

6. Digitale innovatie

Om cliënten meer regie te geven en meer aandacht te hebben voor alle aspecten van herstel is een ander type behandeling van belang. De reguliere behandeling waarin de cliënt uitsluitend een-op-een-gesprekken voert met een (mede)behandelaar is niet altijd nodig en niet altijd de meest effectieve vorm. Bovendien neemt de zorgvraag de komende jaren toe en het aantal in te zetten professionals af. Ook zijn de budgetten beperkt. Digitale innovatie en zorgtechnologische toepassingen zoals ondersteunende apps of online hulpverlening, kunnen ondersteunend zijn in het reguliere behandelproces (*blended* behandeling). Voorbeelden van dergelijke toepassingen zijn *serious games* waarin op een speelse wijze een ander denkpatroon getraind kan worden, *wearables* die kunnen ondersteunen bij het in kaart brengen van het dag en nachtritme, *domotica* gericht op slimme ondersteuning thuis en het gebruik van *virtual reality* om straatvrees de overwinnen. Vooral bij routinematige handelingen kan technologie de zorgprofessional ontlasten en de cliënt meer eigen regie geven.

Het gebruik van technologie ter ondersteuning óf verbetering van de gezondheid van cliënten in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg noemen we *e-mental health*. Belangrijke argumenten om deze behandelvorm breed te implementeren zijn anonimiteit en 24/7 beschikbaarheid. Daarnaast is het locatie-onafhankelijk, laagdrempelig en er zijn meer keuzemogelijkheden zoals de behandel frequentie. Bovendien zijn de duur en intensiteit op maat toe te spitsen. *E-mental health* breed implementeren binnen de psychiatrie heeft als voornaamste doel het verhogen van empowerment en zelfmanagement van cliënten. Daarbij kan *e-mental health* helpen om cliënten en hulpverleners te ondersteunen bij het beter contact maken.



6.1 Implementatie gap

E-mental health werd circa vijftien jaar geleden geïntroduceerd. In beginsel werd online informatie gegeven over veel voorkomende psychiatrische stoornissen (Riper, 2015). Kijkend naar de huidige praktijk blijkt Nederland een voorloper te zijn op het gebied van *e-mental health*, maar de mogelijkheden zijn lang niet overal optimaal geïmplementeerd. Een van de problemen is dat het ontwikkelen van digitale toepassingen duur is en altijd onderdeel moet zijn van een reguliere behandeling om in aanmerking te kunnen komen voor vergoeding. Daarnaast zijn er veel vragen rondom veiligheid ten aanzien van het gebruik van toepassingen wat de implementatie belemmert. Bijvoorbeeld het gebruik van Skype en WhatsApp, deze middelen kunnen eenvoudig en gratis worden ingezet en zijn bij zowel cliënt als behandelaar veelal bekend. Vanwege veiligheidsrisico's op het gebied van privacy mogen deze middelen op dit moment niet worden ingezet.

Een andere reden voor aarzelende inzet van *e-mental health* is het gebrek aan *evidence based* interventies als onderdeel van de huidige *e-health*-toepassingen. De *e-health*-toepassingen zijn over het algemeen weinig gebaseerd op *evidence based* interventies (State, 2014). Dit betekent niet dat deze toepassingen per definitie niet effectief zijn. Ze zijn alleen niet gebaseerd op effectieve principes en er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit. Daarom is het de vraag of deze toepassingen voldoende aansluiten bij de behoefte van de gebruiker. De effectstudies die zijn gedaan, laten veelal tegenvallende effecten zien. De belangrijkste oorzaak hiervoor is de hoge mate van drop-outs in online modules (Kelders et al, 2011). Daar waar mensen de programma's conform de gestelde richtlijn volgden, bleken die meer effectief.

Bestaande (*evidence based*) interventies worden soms letterlijk omgezet in een digitale toepassing zonder te kijken naar de wijze waarop een digitale toepassing kan bijdragen aan de eigen regie van de cliënt. Een recente meta-analyse van Alfonsson (2016) laat zien dat de rol van de behandelaar van groot belang is voor de mate van therapietrouw bij een online cognitieve gedragstherapeutische interventie. Cliënten bij wie de behandelaar de online interventie koppelt aan de persoonlijke contacten zijn meer therapietrouw en de behandeling is effectiever. Succesvolle implementatie van *blended care* valt of staat dus in voorkomende gevallen met de mate van integratie in de reguliere behandeling. Daarnaast zijn digitale toepassingen ook inzetbaar ter vervanging van reguliere behandeling, met name daar waar het meer laagcomplexere problematiek betreft.



Door het grote scala aan apps en toepassingen dat beschikbaar is, zou je verwachten dat deze ook worden toegepast binnen de psychiatrie. In de praktijk blijkt er echter weinig kennis te zijn van beschikbare toepassingen bij professionals in deze sector. Daarbij is het lastig om te beoordelen of een toepassing geschikt is voor de specifieke cliënt, omdat er weinig informatie beschikbaar is over de effectiviteit van veel interventies. Het Trimbos-instituut is in 2012 gestart met de voorbereidingen van een centraal keurmerk voor online hulpverlening, de *online hulpstempel* (onlinehulpstempel.nl). Het keurmerk moet duidelijkheid bieden over de kwaliteit van online hulpprogramma's op het gebied van geestelijke gezondheid. Hierbij wordt gekeken naar technische en zorginhoudelijke standaarden. Daarnaast kunnen gebruikers hun bevindingen delen en een oordeel geven over de toepassing. Op de site ontstaat dan een top-20 van best beoordeelde interventies. Op dit moment zijn tien toepassingen beoordeeld. Andere online platforms waarop toepassingen geplaatst en beoordeeld kunnen worden door gebruikers zijn Zorgkaart Nederland en de Digitale Zorggids.

Misschien wel de belangrijkste reden voor de matige implementatie van *e-mental health* zijn de vele toepassingen die zijn ontwikkeld door designers zonder samenspraak met de gebruikers, waardoor deze te weinig aansluiten bij de behoefte van deze gebruikers. Dit maakt dat gebruikers, hulpverleners en cliënten de toepassing niet weten te vinden en de toepassing niet goed kunnen inbedden in hun reguliere werkprocessen omdat hiermee te weinig rekening is gehouden bij de ontwikkeling.

6.2 Wensen van de gebruikers

Nictiz, het landelijk expertisecentrum dat ICT in de zorg faciliteert, voert jaarlijks een *e-health monitor* uit onder hulpvragers en hulpverleners in de zorg, onder wie professionals werkzaam in de GGZ (nictiz.nl). In 2015 gaven cliënten aan behoefte te hebben aan *e-health*, omdat zij dan minder vaak de deur uit hoeven. Bovendien kunnen ze dan digitaal medische informatie inzien, online afspraken maken en inzien en de eigen medicatiegegevens inzien. Binnen de GGZ worden tot nu toe vooral online modules en dagboek apps gebruikt. Gebrek aan motivatie en gebrek aan e-literacy zijn de belangrijkste redenen om niet bij alle cliënten *e-mental health*-toepassingen in te zetten. Hulpverleners die geen *e-mental health*-toepassingen gebruiken, geven als voornaamste redenen aan te weinig tijd te hebben om zich erin te bekwamen en over te weinig *e-literacy* te beschikken.

Om tot een volwaardige *blended* behandeling te kunnen komen en zorgtechnologie optimaal te kunnen inzetten, is dus een platform nodig waarop mensen ervaringen kunnen delen en waar wetenschappelijke onderbouwing wordt geboden. Daarnaast moeten

professionals meer *e-health skills* ontwikkelen en in staat zijn om deze over te dragen aan cliënten. Ook is het belangrijk om nieuwe en bestaande toepassingen zoveel mogelijk in co-creatie met gebruikers te ontwikkelen en implementeren. Alleen op die manier kan de komende jaren een implementatieslag gemaakt worden met het gebruik van digitale toepassingen.

6.3 Persuasive technology

Persuasive technology kan bijdragen aan het ontwikkelen van meer passende digitale toepassingen. *Persuasive technology* is ontworpen om met overtuigingskracht de houding of het gedrag van de gebruikers te wijzigen. Het *design framework* voor *persuasive technology* (figuur 1, Kuipers & Van Dongelen, 2015) bestaat uit 4 fasen:

1. Een analyse van de situatie (*design gap*). Hierbij wordt gekeken welke toepassingen beschikbaar zijn, hoe deze toegepast kunnen worden en wat we kunnen leren van deze toepassingen voor het huidige doel.
2. Een bruikbare toepassing construeren in nauwe samenwerking met gebruikers (*construct prototyping*).
3. De concrete ontwikkeling van deze toepassing, eveneens samen met gebruikers (*utilize prototyping*).
4. De ontwikkeling tot een volwaardig product, in de vorm van een app, een game of een ICT toepassing. De motivatie van de gebruiker dient onderdeel uit te maken van het te ontwikkelen product evenals aandacht voor de gelegenheid om gebruik te maken van de toepassing in combinatie met in te zetten triggers (Fogg, 2007).



Figuur 1. Design framework. Kuipers & Van Dongelen, adapted from Tripp & Bichelmeyer, 2015.



Hierbij kunnen de drie principes van *persuasive system design* van Oinas-Kukkonen (2009) ondersteunend zijn:

1. *Primary task support*. Er wordt gekeken in hoeverre aandacht dient te zijn voor het ondersteunen van de gebruiker bij het uitvoeren van het programma door het te structureren en toe te spitsen op de individuele behoefte en relevante kenmerken van de gebruiker. Daarbij is personalisatie van de toepassing op basis van persoonlijke voorkeuren eveneens van belang. Ook wordt daarin aandacht besteed aan zelfmonitoring en het stimuleren van bepaald gedrag door inzicht te geven in de consequenties. Tevens moet men overwegen in hoeverre een systeem de mogelijkheid bezit om bepaald gedrag te oefenen om het vervolgens ook te kunnen internaliseren in het dagelijks leven.
2. *Dialogue support* helpt de gebruiker om zijn doel te bereiken door feedback te geven over acties in de vorm van complimenten, beloning, herinneringen, passende suggesties en het gebruik van een coach/instructeur. Het model stelt eisen aan het design en de functies van online toepassingen om te waarborgen dat de gebruiker het visueel aantrekkelijk vindt.
3. *Social support* betreft het aanboren van mogelijkheden op het gebied van *social learning*. Het gaat daarbij om het motiveren van gebruikers tot het vergelijken van zichzelf met de anderen, om stimulansen tot het behalen van een bepaald doel en om gevoel voor sociale aanmoediging.

Met ondersteuning van onderzoek, in samenspel tussen de ontwerper en de gebruiker kunnen goed werkende toepassingen worden ontwikkeld die van meet af aan zijn ingebed in de reguliere structuur (*social system development*). Deze manier van productontwikkeling draagt dan bovendien bij aan het komen tot *evidence based* interventies.

E-health is bij alle reguliere NHL-opleidingen binnen het instituut Zorg & Welzijn een aandachtsggebied. Vanuit het lectoraat wordt de verbinding gelegd tussen praktijkvragen vanuit de GGZ-praktijk die zich richten op de (door)ontwikkeling van digitale toepassingen en de ontwikkeling door designers. Samen met studenten vanuit verschillende opleidingsrichtingen, cliënten en behandelaren wordt op dit moment gewerkt aan verschillende digitale toepassingen vanuit de principes van design thinking. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een app voor mensen met een bipolaire stoornis waarbij zij gedragsverandering in de tijd kunnen registreren. De app kan persoonlijke feedback geven, zodat de cliënt en eventueel zijn steunsysteem tijdig kan herkennen als er sprake is van een mogelijke terugval. Ervaringen vanuit projecten kunnen een voorbeeld zijn voor andere studenten.



Ik ben vanuit mijn rol als lector verbonden aan de Master Digitale Innovatie in Zorg & Welzijn van NHL Hogeschool. Een masteropleiding voor zorg- en welzijnsprofessionals die een voortrekkersrol willen vervullen als ontwerper en regisseur van vernieuwingsprocessen op het gebied van digitale innovatie. In deze master staat het mensgericht analyseren, beoordelen, ontwerpen, implementeren en onderzoeken van digitale toepassingen centraal. De doorontwikkeling en het opdoen van ervaringen met de principes van design thinking in praktijkgericht onderzoek binnen het zorg en welzijnsdomein kunnen een-op-een worden ingezet voor onderzoek en de ontwikkeling van toepassingen binnen de GGZ. Binnen het lectoraat wordt op een aantal manieren gewerkt aan de ontwikkeling van en onderzoek naar *e-mental health*-toepassingen. Een van de onderzoeken gaat over het effect van een *serious game* waarbij een bestaande *evidence based* interventie wordt gebruikt in de behandeling van mensen met angstklachten middels *cognitive bias modification*. De game is in het kader van een RAAK-project ontwikkeld door medewerkers van NHL Hogeschool en de noordelijke GGZ-instellingen. Bij de doorontwikkeling en implementatie van het model worden de principes van *human behavior change system support* in acht genomen.

Het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie is onderdeel van de onderzoeksgroep Zorg & Welzijn waarin het lectoraat Zorg voor Jeugd, het Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd en lectoraat iHuman | Welzijn Zorg Digitaal ook onderdeel van uit maken. Op het gebied van *e-mental health* wordt momenteel binnen de onderzoeksgroep bekeken welke projecten gezamenlijk worden opgepakt waarbij de expertise van de verschillende (associate) lectoren en kenniskringleden elkaar versterken. Een van de projecten waaraan in deze context wordt gewerkt, is een project voor kinderen met een autisme spectrum stoornis waarbij onderzocht wordt in hoeverre een digitale toepassing het internaliseren van sociale vaardigheidstraining in het dagelijks leven kan versterken.



VERANDERINGEN VOOR HBO PROFESSIONALS

7. Veranderingen voor de hbo-professional

“Education is the most powerful weapon
which you can use to change the world”

Nelson Mandela, 1918-2013

Welke gevolgen hebben de geschetste veranderingen voor de hbo-professional?

Verpleegkundigen en agogen in de psychiatrie ondersteunen cliënten in hun eigen herstelproces. Zowel bij het zo zelfstandig mogelijk uitvoeren van dagelijkse bezigheden als bij maatschappelijke participatie (Stuurgroep verpleegkundigen en verzorgenden 2020, 2012, Kluft en van de Haterd, 2012). Veranderde zorgorganisaties en krimpende budgetten vragen om een meer doelmatige en efficiëntere inzet van mensen waarbij wetenschappelijke onderbouwing en beschrijving van *best practices* van belang is.

Herstelondersteunende zorg, *shared decision making*, uitgaan van eigen regie, vroegdetectie en preventie, ambulantisering en meer *evidence based* werken, vragen andere competenties van cliënten en professionals. De focus moet liggen op wat mensen wel kunnen en op hoe mensen hun vaardigheden kunnen vergroten om dingen die ze nu niet kunnen in de toekomst wel weer te kunnen. Het verbeteren van de kwaliteit van leven door de veerkracht te vergroten, maakt dat het niet langer gaat om zorgen vóór, maar veel meer om zorgen dát. Bevorderen van zelfmanagement is een middel om te focussen op de mogelijkheden van mensen in plaats van op de stoornis. Zoals beschreven in paragraaf 5.1 biedt de *International Classification of Functioning* (ICF) hiervoor een mooi gezondheidsmodel. Door in het klinisch redeneerproces de ICF te gebruiken, kunnen de



gevolgen van de ziekte voor het dagelijks leven in kaart worden gebracht. Van daaruit kunnen de doelen worden geformuleerd en de interventies worden bepaald die door verschillende disciplines dienen te worden ingezet. Hbo-professionals zijn over het algemeen nog onvoldoende thuis in de principes en de toepassing van dit gezondheidsmodel.

Om tot beter functioneren van de cliënt te komen moet de hulpverlener beschikken over het vermogen tot motiverende gespreksvoering en coachende vaardigheden. Die kunnen zowel voor preventie als voor gedragsverandering zinvol worden ingezet. Ook dienen professionals te weten welke andere voorzieningen er in het veld beschikbaar zijn, zodat zij cliënten daarheen zo nodig gericht kunnen doorverwijzen. Stepped care (opschalen indien nodig) en matched care (afgestemd op individuele behoefte) vragen van professionals dat zij hun eigen grenzen goed kennen evenals de deskundigheid van anderen. Ook het gericht kunnen inzetten van eigen ervaringen is daarbij van belang.

Evidence based practice is binnen het hbo al flink ingebed. In de praktijk is hierin nog winst te behalen. Bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van praktische toepassingen zoals de vertaling van zorgstandaarden en modules, evenals het op een toegankelijke manier beschrijven van *best practices* en wetenschappelijk onderzoek in nationale tijdschriften. De veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg en het sociale domein vragen ook om hoger opgeleid personeel. De Master Verpleegkundig Specialist GGZ en de Master Social Work zijn voorbeelden van relatief nieuwe disciplines die antwoord geven op de vragen in het veranderende veld. Deze mastergeschoolde hbo-professionals kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling van meer evidence voor het handelen van hbo-professionals en het uitdragen van deze kennis en inzichten.

Om tot gepersonaliseerde behandeling te kunnen komen, waarbij de juiste zorg en behandeling op het juiste moment en door de juiste personen worden geboden, is goede kennis nodig van het eigen vakgebied. Ook inzicht in de deskundigheid van andere disciplines is belangrijk. Zo richten zowel maatschappelijk werkers in wijkteams als medewerkers van Flexibele ACT-teams zich op het verkrijgen en behouden van sociale rollen op alle levensgebieden. Kennis vanuit zowel het sociale domein als vanuit de psychiatrie zijn nodig voor herstel en participatie. Sociaal werkers kunnen van verpleegkundigen leren hoe zij vroegtijdig risicofactoren kunnen detecteren en hiervoor de juiste interventie kunnen inzetten. Verpleegkundigen kunnen van sociaal werkers leren minder te kijken naar psychopathologie, maar aan te sluiten bij het dagelijks leven van de cliënt met daarin de focus op participatie. Het is dan ook wenselijk dat de opleiding integrale projecten aanbiedt waarin studenten vanuit meerdere disciplines samenwerken. Een ander voorbeeld is het ontwikkelen van digitale toepassingen. In hoofdstuk 6 beschrijf ik dat het succesvol



gebruik van *e-mental health* naar mijn idee alleen haalbaar is wanneer toepassingen worden ontwikkeld in co-creatie met gebruikers. Hbo-professionals dienen dan ook over *ehealth* vaardigheden te beschikken. Het toepassen van vaardigheden in de eigen beroepspraktijk, zoals het gebruik van beeldbellen of apps gericht op het registreren van activiteit en slaap, vraagt om andere competenties van zowel cliënt als professional. Meer transparantie, zoals inzage in het eigen cliëntdossier, vraagt om een andere manier van rapporteren. Meer eigen regie door middel van de inzet van online modules vraagt om ander verwachtingen management tussen cliënt en hulpverlener. Uitdagingen die in het onderwijs aan de orde komen en waar in bij- en nascholing aandacht voor dient te zijn.

Een van de kenniskringleden binnen het lectoraat zit in de leerplancommissie van de opleiding Verpleegkunde en het ontwikkelteam onderwijs Bachelor Nursing 2020. Deze zelfde verbinding zal gemaakt worden met de welzijnsopleiding. Daarnaast heeft het lectoraat een sturende rol in de onderzoeksthema's in jaar 4 binnen alle opleidingen binnen het instituut evenals in de minor projecten van de hbo-opleiding Verpleegkunde en de instituutsbrede minoren Welzijn Nieuwe Stijl en eHealth & Social Work in jaar 3. Inzichten vanuit het lectoraat geven input aan de doorontwikkeling van het curriculum van de post-hbo-opleiding POH GGZ. Op deze wijze kan op verschillende manieren de verbinding worden gezocht met de onderwijsprogramma's en nascholingsprogramma's waarbij aandacht is voor bovenstaande ontwikkelingen. Binnen alle curricula staat *e-health* als vast thema op de agenda. Daarnaast biedt NHL Hogeschool sinds 1 september de masteropleiding Digitale Innovatie in Zorg en Welzijn aan, waarbij studenten leren hoe zij een *change agent* kunnen zijn ten behoeve van de implementatie van *e-health*.

Binnen verschillende minors van NHL Hogeschool wordt interdisciplinair samengewerkt waarbij vanuit verschillende invalshoeken aandacht is voor herstel en positieve gezondheid. Daarnaast worden verschillende nascholingscursussen gegeven waarin eveneens aandacht voor deze thema's van belang zijn. Het lectoraat draagt bij aan integratie van kennis op dit gebied in de verschillende onderwijsprogramma's.

Het lectoraat levert tenminste vier keer per jaar een nationale publicatie over relevant wetenschappelijk onderzoek dan wel *best practices*, die goed leesbaar dient te zijn voor hbo-professionals.



HET LECTORAAT ZORG & INNOVATIE IN DE PSYCHIATRIE



“Salus aegroti suprema lex”

Het welzijn van de patiënt is de belangrijkste wet
Hippocrates (460 B.C. - 370 B.C.)

8. Het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie

8.1 Doelstelling

Het lectoraat heeft als doel kennisvermeerdering en kenniscirculatie op het gebied van de psychiatrie. De focus ligt hierbij op de *knowledge gap* als gevolg van de huidige ontwikkelingen in de psychiatrie en het gebrek aan wetenschappelijke evidentie voor het handelen van hbo-professionals. Publicaties in nationale en internationale tijdschriften zijn hierbij van belang om opgedane kennis te verspreiden.

De doelgroep van het lectoraat bestaat zowel uit mensen die reeds in behandeling zijn voor psychiatrische problemen, als uit mensen in het publieke domein zoals NHL-studenten die kampen met psychische problemen. Hierbij horen ook mensen met comorbide verslavingsproblematiek. Aangezien de meeste psychiatrische aandoeningen ontstaan tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid, waarbij preventief veel winst te behalen valt, is een groot deel van de onderzoeksprojecten gericht op deze doelgroep. Op dit moment zitten we in een revolutie in de wetenschap, waarbij binnen de psychiatrie meer aandacht komt voor vroegtijdig en preventief interveniëren, herstel en positieve gezondheid.

Dit vraagt om professionals die mensen met psychiatrische klachten kunnen ondersteunen bij het ontwikkelen van meer veerkracht en het voorkomen van uitval uit sociale rollen. De inhoudelijke thema's zijn dan ook gericht op vroegdetectie, herstelondersteunende zorg en *shared decision making*. Naast meer inzicht ontwikkelen in het effect van het handelen van hbo-professionals is ook aandacht nodig voor het verkrijgen van inzicht in de reden voor een eventueel effect. Wanneer professionals weten op basis van welke mechanismen interventies ingezet kunnen worden, kunnen zij bij onvoldoende effect bij een individuele cliënt in het klinisch redeneerproces een betere inschatting maken van alternatieven. Het lectoraat draagt hierin bij aan de professionalisering van docenten en professionals.



8.2

Praktijkgericht onderzoek binnen het lectoraat

De vraagstukken uit de praktijk bepalen in belangrijke mate welke methodologische benadering wordt ingezet. Hierbij gebruiken we binnen het lectoraat zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden. De traditionele onderzoeksmethoden kunnen de snelle veranderingen van dit moment binnen de geestelijke gezondheidszorg niet altijd bijbenen. Er zijn dan ook andere typen onderzoek nodig die richting kunnen geven aan de inhoud van nieuwe oplossingen en interventie. Voor veel interventies geldt dat op voorhand niet duidelijk is wat exact het eindproduct zal zijn. Hiervoor zal gebruik gemaakt worden van *design thinking* en *design research*. *Design research* is een mensgerichte benadering waarbij tijdens de ontwikkeling van een toepassing voortdurend uitgegaan wordt van de wensen van de gebruiker. Hierbij wordt eerst in kaart gebracht wat de exacte vraag is en hoe een digitale toepassing hierin kan ondersteunen. Daarbij wordt eerst gekeken welke toepassingen er allemaal beschikbaar zijn voor hetzelfde doel en hoe die wel of niet aansluiten bij de geconstateerde behoeften. Dit proces noemen we de *design gap*, *needs & content analysis*. Vervolgens wordt door middel van een iteratief proces als vorm van onderzoek een concreet ontwerp van interventie voortdurend getest en bijgesteld in co-creatie met de gebruikers, om zo te komen tot een passend prototype. Door het testen van conceptoplossingen wordt namelijk vaak pas echt duidelijk wat de aard en complexiteit van een praktijkprobleem zijn. Op basis van dit voortdurend afstemmen en *finetunen* in het gebruik van het prototype ontstaat een sociaal systeem. Naast de dataverzameling ten behoeve van de ontwikkeling van een toepassing heeft deze onderzoeksmethode als voordeel dat de toepassing in de ontwikkelfase al wordt ingebed in de toekomstige context. Een slag die tot nu toe vaak onvoldoende gemaakt is.

In samenwerking met het werkveld en relevante kennisinstellingen zoals andere lectoraten binnen de NHL en lectoren vanuit andere hogescholen, het Rob Giel Onderzoekscentrum, de RUG en het Trimbos-instituut vinden praktijkgericht onderzoek en kennisontwikkeling plaats. Daarnaast draagt het lectoraat bij aan kennisvalorisatie door het terugsluizen van onderzoeksresultaten in het onderwijs en naar de praktijk. Op deze wijze draagt het lectoraat bij aan het verbeteren van zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische kwetsbaarheid of psychiatrische aandoening en zorgt tevens voor kennisontwikkeling en onderbouwing van beroepshandelingen door hbo-professionals.

8.3 Huidige activiteiten binnen het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie

Onderzoeklijnen:

1. **Vroegdetectie:**

- Relatie tussen pathologie en functioneren bij mensen met een verhoogd risico op een psychiatrische aandoening en daarmee gepaard gaande zorgbehoefte.
- Vroegdetectie van problemen op het gebied van de mondgezondheid bij verschillende doelgroepen.
- Effectiviteitsstudie survalkid.nl
- Inzet van e-health:
 - Inzet smartphone ten behoeve van het voorkomen van een terugval bij mensen met een stemmingsstoornis.

2. **Herstelondersteunende zorg:**

- In hoeverre kan shared decision making worden ingezet in de spoedeisende psychiatrie, het SMART project.
- Ervaringen van patiënten met separatie en attitude van verpleegkundigen ten aanzien van agressie.
- Wat is herstel en in hoeverre wordt er herstelondersteunende zorg geleverd binnen uiteenlopende settingen.
- Validatieonderzoek meetinstrumenten herstel.
- Inzet leefstijlinterventies ter ondersteuning van herstel.
- Inzet van e-health:
 - Serious gaming ten behoeve van verminderen sociale angst bij verschillende doelgroepen.
 - Virtual reality ten behoeve van het verminderen van sociale angst.
 - Inzet serious gaming ten behoeve van het bevorderen van sociale vaardigheden bij kinderen met een autisme spectrum stoornis.

Onderwijsactiviteiten:

- Opleider verpleegkundige specialist ggz bij GGZ Friesland en Verslavingszorg Noord Nederland.
- Docent en lid expertgroep evidence based practice hbo-verpleegkundige.
- Docent en lid ontwikkelteam Master Digitale Innovatie in Zorg en Welzijn.

Commissies:

- Lid Adviescommissie Wetenschap GGZ-verpleegkunde (zie website V & VN)
- Congrescommissie nationaal congres GGZ-verpleegkunde
- Lid programmacommissie onderzoeksprogramma ggz (ZonMw)
- Redactielid Nurse Academy GGZ
- Lid stuurgroep vroegdetectie Noord-Nederland (RGOc)
- Lid werkgroep Richtlijncommissie Module Vroege Psychose en Zorgstandaard Psychose
- Lid erkenningscommissie langdurige ggz (Trimbos-instituut)





“Alone we can do so little,
together we can do so much.”

Helen Keller (1880-1968)

De kenniskring

De kracht van een lectoraat zit in de kenniskring. De kenniskring van het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie bestaat uit docenten van het instituut Zorg & Welzijn van de NHL en zorgprofessionals. De kring bestaat uit:

Margriet Dijkstra

Margriet Dijkstra studeerde Kunst & Design, richting Publiciteit & Illustratie aan NHL Hogeschool en heeft het vak grafisch ontwerpen geleerd bij Veldsvorm Visuele Communicatie in Amsterdam en bij Weda Communicatieadvies in Leeuwarden. Na haar studie heeft zij ruim vier jaar als grafisch vormgever bij drukkerij De Eendracht in Leeuwarden gewerkt. Vanaf 2007 was zij werkzaam als secretaresse bij Hellinga Grafische Specialisten in Leeuwarden en bij architectenbureau De Zwarte Hond in Groningen. Margriet Dijkstra is sinds 2011 managementassistent voor lectoren binnen het instituut Zorg & Welzijn aan NHL Hogeschool.

Aaltsje Malda

Aaltsje Malda was van 2008 tot 2010 werkzaam als basis psycholoog bij het Vroege Interventie Psychose (VIP) team van GGZ Friesland. Ze volgde de opleiding tot GZ psycholoog aan de Rijksuniversiteit Groningen. Vanaf 2010 werkt zij als GZ-psycholoog bij het VIP-team waar het early detection team onderdeel vanuit maakt. Beide teams werken provinciaal. Sinds 2013 doet Aaltsje naast haar werkzaamheden als clinicus in deeltijd promotieonderzoek aan de Rijksuniversiteit Groningen naar negatieve symptomen en functioneren bij jongeren met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychose. Binnen het lectoraat is ze naast onderzoek op het gebied van vroegdetectie betrokken bij onderzoek naar mondgezondheid en serious gaming.



Hans Barf

Hans Barf studeerde Neuropsychologie aan de Universiteit Utrecht. In 2003 promoveerde hij aan de Faculteit Medische Wetenschappen van de Universiteit Utrecht op onderzoek naar het cognitief functioneren, maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven van jongvolwassenen geboren met een open rug. Van 2003 tot en met 2010 werkte Hans bij het UMCG als staf- en beleidsadviseur binnen verschillende afdelingen. Hierbij hield Hans zich altijd bezig met onderzoek en projecten gericht op beleid op het gebied van patiënttevredenheid. Van 2010 tot en met 2012 werkte Hans als onderzoeker en adviseur bij ARGO, Advies en Research in Gezondheidszorg en Ouderenbeleid. Vanaf 2013 werkt hij als examiner, seniordocent en onderzoeker bij de hbo-opleiding Verpleegkunde van NHL Hogeschool en bij de Master Social Work van de NHL en de Hanzehogeschool Groningen. Hans heeft jarenlange ervaring als onderzoeker waarin hij veel ervaring heeft opgedaan in zowel praktijkgericht kwalitatief als kwantitatief onderzoek. De focus van Hans binnen het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie ligt op het ondersteunen van praktijkgericht onderzoek en kenniscirculatie middels het schrijven van (inter)nationale publicaties.

Annemieke Zwart

Annemieke Zwart volgde de opleiding Verpleegkunde aan NHL Hogeschool. In 2007 rondde zij de opleiding tot Sociaal psychiatrisch verpleegkundige af en in 2015 de opleiding tot Verpleegkundig Specialist GGZ bij de Stichting GGZ VS in Utrecht. Annemieke heeft veel werkervaring als verpleegkundige binnen verschillende teams van GGZ Friesland. Vanaf 2015 is zij werkzaam als Verpleegkundig Specialist GGZ binnen het Vroegtijdig Interventieteam Psychose (VIP) team; een team dat vroegtijdige behandeling geeft aan mensen met een eerste psychose. Daarnaast spoort het team mensen op met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychotische stoornis of een andere ernstige psychiatrische aandoening en biedt het team hiervoor preventieve behandeling gericht op het normaliseren van ervaringen en het voorkomen van uitval uit functioneren. Annemieke werkt daarnaast sinds 2015 in deeltijd aan onderzoek gericht op de effectiviteit van serious gaming.



Ineke de Jong

Ineke de Jong heeft na het afronden van de in-service opleiding tot B verpleegkundige in 1991 met verschillende doelgroepen in verschillende settings gewerkt als psychiatrisch verpleegkundige in GGZ Friesland. Ineke werkte zowel in de klinische als ambulante zorg met volwassenen en in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Na verschillende vervolgoopleidingen volgde Ineke de opleiding tot Verpleegkundig Specialist GGZ bij de Stichting GGZ VS in Utrecht. Van 2007 tot en met 2012 werkte Ineke als verpleegkundig specialist bij GGZ Friesland. In 2012 maakte zij de overstap van werken in de psychiatrie naar het onderwijs. Ineke is docent bij de hbo-opleiding Verpleegkunde van NHL Hogeschool. Daarnaast vervult zij de taak van vakgroep voorzitter van de vakgroep GGZ VGZ, is zij lid van de Vakgroep Praktijkleren en heeft zitting in de leerplancommissie. Binnen het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie legt Ineke de verbinding tussen praktijk en het onderwijscurriculum. De brede werkervaring binnen de psychiatrie, gecombineerd met verschillende opleidingen, maakt dat zij beide velden goed kent en ook intern binnen de NHL verbindingen kan leggen tussen ontwikkelingen vanuit het lectoraat en het onderwijs. Ineke is vanuit het lectoraat projectleider van het project 'Openheid' waarin studieloopbaan begeleidende docenten en decanen getraind zijn in het ondersteunen van studenten met psychische problemen ten aanzien van het thema openheid rondom deze psychische problemen richting medestudenten, docenten en stage instelling.

Sonja Kuipers

Sonja Kuipers heeft als hbo-verpleegkundige gewerkt bij Thuiszorg Groningen met aandachtsgebied medisch technisch handelen. Zij heeft haar Master Social Work in 2013 afgerond en volgde daarna de Master Health and Social Care aan de Birmingham City University. Sinds 2013 is zij werkzaam als docent bij de opleiding Verpleegkunde.

Binnen het lectoraat werkt Sonja als docent-onderzoeker en van daaruit liggen haar ambities bij het verbeteren van leefstijl bij mensen met een psychiatrische stoornis. Op dit moment werkt zij met verschillende studenten aan een onderzoek naar de mondgezondheid bij mensen met een psychotische stoornis en bij mensen met een licht verstandelijke beperking in combinatie met een psychiatrische aandoening. Sonja wil middels onderzoek naar interventies een bijdrage leveren aan een verbetering van kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de mensen met een psychische kwetsbaarheid en kennisontwikkeling voor de praktijk. Op deze manier draagt zij eveneens bij aan het ontwikkelen van meer evidence voor hbo-professionals binnen het domein van zorg en welzijn.



Hettie Aardema

Hettie Aardema volgde de opleiding tot Verpleegkundig Specialist GGZ bij de Stichting GGZ VS in Utrecht. Sinds 2011 werkt zij als Verpleegkundig Specialist GGZ bij GGZ Drenthe. Sindsdien heeft zij als behandelcoördinator en hoofdbehandelaar binnen verschillende programma onderdelen van GGZ Drenthe gewerkt. Daarnaast is zij sinds 2011 opleider voor Verpleegkundig Specialisten binnen GGZ Drenthe. In 2015 is Hettie gestart met promotieonderzoek waarin zij zich richt op verschillende onderzoeksvragen binnen het thema herstelondersteunende zorg. Een van de onderzoeksvragen richt zich op het valideren van de IROC, een meetinstrument waarmee de mate van herstel bij patiënten met psychische klachten in kaart gebracht kan worden. Hettie heeft jarenlange werkervaring en expertise op het gebied van herstelondersteunende zorg. Binnen het lectoraat ondersteunt zij studenten bij het doen van onderzoek naar dit thema.

Ten tijde van de totstandkoming van deze bijdrage is er een vacature voor een kenniskringlid vanuit de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening.



GGZ Friesland

In het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie werkt de NHL samen met GGZ Friesland. Deze organisatie is de grootste zorgaanbieder van geestelijke gezondheidszorg in Friesland en onderdeel van het Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc). Vanuit het RGOc wordt nauw samengewerkt met Lentis, GGZ Drenthe, Dimence, Mediant, NHN en VNN.

De organisatie kent een lange historie. Het verhaal begint in Franeker met de opvang van 27 patiënten in het Psychiatrisch Ziekenhuis in het jaar 1851. Nu biedt de instelling zorg in de gehele provincie. GGZ Friesland is er voor patiënten die haar zorg het hardste nodig hebben: mensen met complexe psychiatrische problematiek, die vaak intensieve en specialistische hulp nodig hebben op meerdere leefgebieden. GGZ Friesland biedt haar behandelingen aan patiënten met chronische en/of complexe problematiek op locaties in heel Friesland en in de eigen omgeving van de patiënt. Ook heeft de organisatie klinieken waar patiënten die in een crisis verkeren, worden behandeld. Goede zorg draait niet alleen om effectief behandelen, maar ook om klantvriendelijkheid en een goede relatie met de patiënt. GGZ Friesland strijdt om vooroordelen over de psychiatrie weg te nemen. Naast het leveren van inhoudelijk goede zorg volgens de laatste inzichten, sluit GGZ Friesland met behulp van innovatieve projecten aan bij veranderende vragen uit de samenleving. De zorg die zij biedt is niet alleen bewezen effectief, maar ook maatschappelijk geïntegreerd. De organisatie doet volop onderzoek om de kwaliteit van zorg voortdurend te verbeteren.

De missie

'Wij geloven in de veerkracht van onze patiënten en in de veerkracht van onze professionals. Op hen mogen onze patiënten rekenen samen met hun naasten en andere betrokken partijen. Want de beste route naar herstel, leg je samen af.'





Dankwoord

Mijn dank gaat uit naar het College van Bestuur van NHL Hogeschool in de persoon van Jan van Iersel en Willem Slink voor het in mij gestelde vertrouwen. Daarnaast gaat mijn dank uit naar de Raad van Bestuur van GGZ Friesland in de persoon van Wouter Teer en Adriaan Jansen voor de mogelijkheid die zij mij bieden om middels dit lectoraat mijn kennis en expertise ten behoeve van patiënten en professionals binnen de psychiatrie verder vorm te geven.

De totstandkoming van dit lectoraat zat al geruime tijd in de pen. Er zijn dan ook veel mensen die ik dankbaar ben bij de daadwerkelijke totstandkoming ervan. Me realiserende dat ik in dit dankwoord niet iedereen persoonlijk kan bedanken, toch een kleine poging.

Willie van der Galiën-Roodhardt, voormalig directeur van het instituut Zorg & Welzijn wil ik bedanken voor haar vertrouwen in dit lectoraat en haar steun om dit voor elkaar te krijgen. Daarnaast wil ik Alma Mulder bedanken voor haar ondersteuning bij de totstandkoming van de benodigde stukken die nodig waren voor de vooraanvraag. Ditzelfde geldt voor John van den Hoed die altijd bereid is mee te denken over de begroting en Margriet Dijkstra, steun en toeverlaat van de onderzoeksgroep. Daarnaast wil ik de huidige waarnemend directeur van het instituut Zorg & Welzijn Angeline Miedema, afdelingshoofd André Oosterhof en voormalig afdelingshoofd Feico Smeding bedanken voor hun vertrouwen en enthousiasme bij de totstandkoming en het zetten van de eerste stappen van het lectoraat.

Vanuit GGZ Friesland wil ik Lex Wunderink, Brenda Schouten, Sietske Jellema en Dorien de Vries in het bijzonder bedanken voor het meedenken over de totstandkoming van dit lectoraat in relatie tot mijn andere werkzaamheden.

Daarnaast gaat mijn dank uit naar:

- Hilda van der Meulen voor haar bijdrage als spreker tijdens de inauguratie.
- De afdeling Marketing & Communicatie van GGZ Friesland, Camerik Voortman Communicatie- en PR-adviseurs en de afdeling Marketing & Communicatie van NHL Hogeschool voor de ondersteuning bij de totstandkoming van deze bijdrage.
- Hulpverleners, managers en directeuren van GGZ Friesland voor hun bereidheid mee te denken over onderzoeksideeën, projecten, toepassingen en het bieden van begeleiding aan studenten bij het doen van onderzoek.
- Collega's van het VIP-team voor de leuke dinsdag die mij helpt te focussen op wat echt belangrijk is in onderzoek en onderwijs.
- De vele inspirerende docenten en studenten van NHL Hogeschool waarmee ik samenwerk; gezamenlijk kunnen we een mooie verbinding leggen tussen onderzoek, onderwijs en praktijk. Enkele studenten participeren inmiddels in onderzoek binnen de onderzoekslijnen van het lectoraat.
- De afdeling Innovatie van GGZ Friesland voor de mooie samenwerking op het gebied van onderzoek en ontwikkeling van een scala aan digitale toepassingen waar we op dit moment mee bezig zijn binnen de psychiatrie.
- Collega-onderzoekers binnen het RGOc, dank voor de prettige samenwerking op het gebied van onderzoek en het delen van kennis en ervaringen in Noord-Nederland.
- Huidige studenten en alumni van de opleiding.VS GGZ; in het kader van jullie opleiding doen jullie onderzoek, veelal binnen de onderzoekslijnen van het lectoraat. Dank voor jullie flexibiliteit en nieuwsgierigheid ten aanzien van de onderzoeksthema's. Samen zorgen we voor meer evidence (en mooie papers).

- Collega-opleiders en mijn waarnemend opleider. Dank voor het samen optrekken in het opleiden van goede professionals en het bepalen van de focus van onderzoek en onderwijs vanuit de huidige ontwikkelingen binnen de GGZ.
- De kenniskring; Sonja, Hettie, Hans, Margriet, Ineke, Aaltsje, Annemieke dank voor jullie enthousiasme en betrokkenheid ten aanzien van de ambities die we hebben binnen dit lectoraat ten aanzien van onderzoek en aandacht voor psychiatrie in het onderwijs.
- Collega-lectoren binnen de onderzoeksgroep; in de eerste plaats Job, in verschillende projecten en binnen de Master Digitale Innovatie in Zorg en Welzijn mijn maatje en daarnaast ook Evelyn, Ate, Janneke en Dirk bedankt voor de prettige en collegiale samenwerking binnen onze onderzoeksgroep.
- Collega-lectoren van NHL Hogeschool en andere hogescholen evenals een aantal hoogleraren waarmee ik samenwerk aan mooie onderzoeksprojecten. Dank voor de prettige samenwerking en collegialiteit. Het is fijn om ervaringen te delen en in gezamenlijkheid interventies (door) te ontwikkelen en te onderzoeken.

Heel veel dank gaat uit naar mijn lieve familie; heit en mem, beppe, Corrie, Sytze en Elske voor alle morele en praktische steun die jullie me geven om de drukte die het werk soms met zich mee brengt in combinatie met een gezin in goede banen te leiden. Ook dank aan mijn schoonfamilie voor hun steun en interesse in mijn werk, in het bijzonder dank aan Aad voor de eindredactie van deze bijdrage. En natuurlijk alle lieve vrienden en vriendinnen voor de leuke en gezellige dingen die we samen doen. Last but not least ben ik Marcel, Isabelle, Daniel en Anna Sophie dankbaar, jullie helpen me om alles aan het einde van de dag heerlijk in perspectief te plaatsen.



Literatuur

- Alfonsson, S., Olsson, E., Linderman, S., Winnerhed, S., Hursti, T., (2016) *Is online treatment adherence affected by presentation and therapist support? A randomized controlled trial* Computers in Human Behavior Volume 60, July, Pages 550–558.
- Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2013-2014, Ministerie van VWS.
- Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017, Ministerie van VWS.
- Boevink, W., (2012) *Towards Recovery, Empowerment and Experiential expertise of users of psychiatric services*. In: Rian, P., Ramons, S., Greacen, T., editors. Empowerment lifelong learning towards a new paradigm. New York, Palgrave MacMillan.
- Bodenheimer, T., MacGregor, K., Shafiri, C., (2005) *Helping patients manage their chronic conditions*. California: California Healthcare Foundation.
- van den Broek, A., Muskens, M., Winkels, J., (2013) *Studeren met een functiebeperking 2012, de relatie tussen studievoortgang, studie uitval en het gebruik van voorzieningen. Eindmeting onderzoek 'Studeren met een functiebeperking'* Onderzoek in opdracht van Ministerie van OCW. ResearchNed/ ITS Nijmegen.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., van Os, J., (2016) *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Diagnosis Uitgevers, Leusden.
- van Dorsselaer, S., de Looze, M., Vermeulen-Smit, E., De Roos, S., Verdurmen, J., TerBogt, T., (2010) *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*.
- van Everdingen, J., Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A., van Barneveld, T.A., van de Klundert, J.L.M. (2014). *Evidence-Based Richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Fogg, B.J., & Eckles, D. (2007). *Mobile Persuasion: 20 Perspectives on the Future of Behavior Change*. Stanford, California: Stanford Captology Media.
- van der Gaag, M., Nieman, D.H., Rietdijk, J., Dragt, S., Ising, H.K., Klaassen, R.M., Koeter, M., Cuijpers, P., Wunderink, L., Linszen, D.H. (2012) *Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial*. Schizophrenia Bulletin. Nov;38(6):1180-8.
- van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D.H., Yung, A.R., McGorry, P., Cuijpers, P. (2013) *Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer follow-ups*. Schizophrenia Research; 149:56-62.
- GGZ Nederland (2009) *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, Visie op langdurende zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen*.
- Huber, M., Knotternerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., et al (2011) How should we define health? British Medical Journal; 343:d4163.
- Kelders, S.M., Kok, R.N., Ossebaard, H.C., Van Gemert-Pijnen, J.E., (2012) *Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions*. Journal of Medical Internet Research, 14 (6).
- Kim, J.S., Lee, S.H., (2016) *Influence of interactions between genes and childhood trauma on refractoriness in psychiatric disorders*. Progress in Neuro-psychopharmacol & Biological Psychiatry. January 28. pii: S0278-5846(16)30013-6.
- Klink, A., (2007) *Voorhang beleidsregel bekostiging praktijkondersteuner huisartsenzorg* GGZ Kamerstuk, 26 april 2007.

- Kluft, M., en van de Haterd, J., (2012) *GGZ Agoog beroepscompetentieprofiel HBO GGZ Nederland*, Èpos Press, Zwolle.
- Kromhout, D., Smid, J., (2010) *Aanbieding verslag internationale conferentie 'Wat is gezondheid?* Gezondheidsraad Health Council of the Netherlands aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 13 juli 2010.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013) *Stelselwijziging Jeugd Hoofddijnen Wetsvoorstel Jeugdwet*, September 2013.
- Montejo, A., (2010). *The need for routine physical health care in schizophrenia*. European Psychiatry, Vol. 25. 4.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Februari 2016, *Model GGZ Zorgstandaard 2.1*.
- van Nierop, M., Janssens, M., Genetic Risk Outcome of Psychosis Investigators, Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R.S., Meijer, C.J., Myin-Germeyns, I., van Os, J., Wiersma, D. (2013) *Evidence that transition from health to psychotic disorder can be traced to semiubiquitous environmental effects operating against background genetic risk*. PLoS One. November 6;8(11):e76690.
- Ormel, J., Raven, D., van Oort, F., Hartman, C. A., Reijneveld, S. A., Veenstra, R., Vollebergh, W.A.M., Buitelaar, J., Verhulst, F.C., Oldehinkel A.J. (2015). *Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and comorbidity of DSM disorders*. Psychological Medicine, 45, pp 345-360.
- van Os, J., Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Hoogendijk, W.J.G., van Hemert, A.M., Hodiamont, P.G.G., Scheepers, F., Delespaul, Ph.A.E.G., Leentjens, A.F.G. (2012) *Rom: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring*. Tijdschrift voor psychiatrie jaargang 54 nummer 3.

- Pedersen, C.B., Mors, O., Bertelsen, A., Waltoft, B.L., Agerbo, E., McGrath, J.J., Mortensen, P.B., Eaton W.W. (2014) *A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders*. JAMA Psychiatry. 71(5):573-81.
- Riper, H., (2015) *15 jaar onderzoek naar ehealth via minddistrict.nl*.
- Saha, S., Chant, D., McGrath, J. (2007) *A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?* Archives of General Psychiatry. Oct;64(10):1123-31.
- Schmidt, E., Simons, M., (2013) *Psychische klachten onder studenten*. Landelijke studentenvakbond.
- de Schoemaker, C., Ruiter, C., van den Berg, M., Cuijpers, P., de Graaf, R.M., Have T., et al. (2003) *Nationale monitor geestelijke gezondheid 2003*.
- de Silva, D., (2011) *Helping people help themselves; A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management*. The Health Foundation inspiring improvement. May 2011. London.
- State, P. (2014) *Mobile health apps lack behavior-change techniques*. Science News.
- Stuurgroep verpleegkundigen en verzorgenden 2020 (2012) *Competentieprofiel HBO Verpleegkundige*.
- Stuurgroep Verpleegkundigen en verzorgenden 2020 (2012) *Competentieprofiel Verpleegkundig Specialist*.
- Transitiebureau Wmo (2014) *Wmo in het kort*. invoeringwmo.nl/wmo/wmo-het-kort.

- Tripp, S.D., Bichelmeyer, B., (1990) *Rapid prototyping: An alternative instructional design Strategy*. Educational Technology Research and Development. March, Volume 38, Issue 1, pp 31-44.
- Meeuwissen, J.A.C., van Meijel, B., van Piere, M., Bak, M., Bakkenes, M., van der Kellen, D., van Hamersveld, S. van Gool, R., Dermout, K., Feldmann, C.T., Risseuw, A.H., Wijtsma-van der Kolk, A., van Vuuren, I., Rümke, M., Sloots-Jongen, E.M.J.N., de Heij, P., Starmans, R., Daatselaar, C., van Veen, C. en Hermens, M. (*Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl*) (2015). *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: V&VN.
- van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Bahler, M., Mulder, N., Kroon, H., (2015) *Handboek (Flexibele) ACT: Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen*. 2e druk. Utrecht: de Tijdstroom.
- Weeghel van, J., Pijnenborg, M., van 't Veer, J., Kienhorst, G., (2016) *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen Principes, perspectieven en praktijken*. Uitgeverij Coutinho, Bussum.
- WHO-FIC Collaborating Centre (2007) *ICF, Nederlandse vertaling van International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten. Bohn Stafleu van Lochem.
- Wunderink, L., (2015) *Naar een nieuwe psychiatrie: vroegdetectie en preventie van ernstige psychiatrische aandoeningen*. Tijdschrift voor Psychiatrie jaargang 57 november.

Geraadpleegde websites

- <https://www.nictiz.nl>
- <https://www.onlinehulpstempel.nl>

De geestelijke gezondheidszorg is op veel vlakken in beweging. Financiële herstructurering heeft grote impact op vorm en inhoud van de zorg. Een groeiend aantal zorgvragers zonder uitbreiding van financiële middelen vraagt om innovatie en effectieve interventies. De visie op psychiatrie verandert waarbij meer aandacht komt voor de gevolgen van psychiatrische symptomen op het functioneren. De focus wordt verlegd van ziekte naar positieve gezondheid waarmee thema's als bevorderen van zelfmanagement en herstelondersteunende zorg centraal komen te staan. Deze veranderingen hebben grote impact op de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en vraagt daarmee andere competenties van professionals. Het lectoraat Zorg & Innovatie in de Psychiatrie richt zich op het ontwikkelen en onderzoeken van effectieve interventies die bijdragen aan het verbeteren van de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid binnen deze veranderende context.

Nynke Boonstra (1975) studeerde Verpleegkunde aan NHL Hogeschool en Verplegingswetenschappen aan de faculteit Gezondheidswetenschappen van de Universiteit van Maastricht. Daarnaast volgde zij de Opleiding Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist waarin inbegrepen de Master Advanced Nursing Practice. In 2011 promoveerde zij aan de RUG op promotieonderzoek gericht op het belang van vroegtijdige behandeling van jongeren met een psychotische kwetsbaarheid. Nynke is sinds oktober 2015 werkzaam als lector Zorg & Innovatie in de Psychiatrie aan NHL Hogeschool.