

Wijkgericht werken aan herstel vanuit de GGZ

De kracht van interprofessionele zorg
Hogeschool Inholland en Altrecht GGZ

Lectorale rede in verkorte vorm
uitgesproken op 29 maart 2021

Wilma Swildens

colofon:

© Dr. W.E. Swildens, Hogeschool Inholland, 2021, een kopie voor persoonlijk gebruik mag worden gedownload van www.inholland.nl

Portretbeeld W. Swildens: Esther van Vliet (esthervanvliet.com)

Afbeeldingen omslag en binnenwerk: Willem Jan Ritman (foto@ritman.nl voor Altrecht GGZ,

© all rights reserved communicatie@altrecht.nl)

Ontwerp: Think Next Level, Mijdrecht

Tekstredactie: TextAbility (textability@zonnet.nl)

Productie: Muller Visual, Mijdrecht

ISBN: 9789090329307

Wijkgericht werken aan herstel vanuit de GGZ

De kracht van interprofessionele zorg

Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken op 29 maart 2021

Dr. Wilma Swildens

Bijzonder Lector Interprofessionele zorg in de GGZ

Domein: Gezondheid, Sport en Welzijn

Hogeschool Inholland



Inhoud

1. Een persoonlijke verbondenheid	7
1.1 Van psychiatrische inrichting naar wijkgerichte ggz	7
1.2 Individuele rehabilitatie en maatschappelijke steunsystemen	7
2. Mensen met ernstige psychische aandoeningen	9
2.1 Prevalentie en beloop	9
2.2 Functioneren centraal	10
2.3 Het beroep op de zorg	10
2.4 Belangrijke problemen	11
2.5 Wensen en doelen van cliënten	12
2.6 Naar een betere match tussen behoeften en zorgvoorzieningen	13
3. De weg naar herstel	15
3.1 Bijdrage leveren aan een derde meer herstel op alle dimensies	15
3.2 Wanneer spreken we van herstel?	15
3.3 Bevorderende en belemmerende aspecten bij herstel	16
3.4 Van kennis op groepsniveau naar factoren op individueel niveau	17
4. Zorgmodellen in de gebiedsgerichte ggz	19
4.1 Interprofessionele zorgmodellen	19
4.2 Ervaringsdeskundigheid inzetten	21
4.3 Effectiviteit van interprofessionele zorg	22
4.4 Onderzoek in Utrecht	23
5. Herstelondersteunende interventies door professionals	25
5.1 Interventies voor klinisch herstel	25
5.2 Interventies voor persoonlijk herstel en rehabilitatie	25
6. Interprofessioneel werken in opleiding en onderzoek	31
6.1 T-shaped professionals	31
6.2 Interprofessioneel leren samenwerken	31
6.3 Onderzoeksprogramma Interprofessionele zorg in de GGZ	33
Dankwoord	35
Literatuur	37
Personalia	45



1. Een persoonlijke verbondenheid

Geachte aanwezigen, ik stel uw belangstelling voor mijn lectorale rede zeer op prijs. Het bijzonder lectoraat houdt zich bezig met onderzoek naar wijk- of gebiedsgerichte, interprofessionele zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Bij deze zorg voel ik me sinds lang nauw betrokken.

1.1 Van psychiatrische inrichting naar wijkgerichte ggz

De zorg voor mensen met ernstige psychische problemen in Nederland speelde zich het grootste deel van de vorige eeuw voornamelijk af in grote, meestal afgezonderde psychiatrische ziekenhuizen (Gijswijt-Hofstra, 2005). Zelf was ik al jong regelmatig op ziekenhuisterreinen te vinden omdat mijn beide ouders als psychiater in zo'n instelling werkten. Bij wijze van alternatieve kinderopvang ging ik mee naar het werk en later werkte ik er als vakantiehelp in de verpleging. Patiënten verbleven in paviljoens en recreatieruimtes en werkten soms in ploegen aan productiewerk. De negatieve gevolgen van het leven in deze gemeenschap voor de opgenomen mensen, beschreven door Goffman (1961), waren goed zichtbaar. Pas vanaf de jaren zeventig kwamen er steeds meer moderne units waar mensen gesprekstherapieën kregen, en creatieve of sociotherapie. Sinds het einde van de twintigste eeuw is de-institutionalisering of ambulantisering het credo (Kroon et al., 2019). Het nieuwe ideaal is leven in de samenleving met de benodigde zorg toegankelijk en nabij: wijkgerichte zorg. In Nederland zou het echter nog een tijd duren voordat echt tempo werd gemaakt met het afbouwen van intramurale voorzieningen. Pas sinds enkele jaren trad hierin een aanzienlijke versnelling op.

Persoonlijke interesse

Niet alleen mijn vroege kennismaking met de psychiatrie heeft mijn interesse voor onderzoek op dit terrein gewekt, ook mijn ervaringen als familie- en gezinslid van mensen met psychische en verslavingsproblemen speelden een rol. Toen ik als sociaal wetenschapper bij de Rijksuniversiteit Groningen mijn loopbaan begon, leek vooral het voorkómen dat de psychische problemen van mensen een chronisch karakter krijgen, het beste wat we konden doen. Eerste opdrachten gingen over de toen actuele invoering van het wijkgericht maatschappelijk werk en preventie door eerstelijns samenwerking. Daarna kreeg ik de kans om promotieonderzoek te doen naar een thema op het snijvlak van samenleving en psychiatrie, namelijk arbeidsrehabilitatie en dagbesteding voor psychiatrische cliënten. Ik maakte opnieuw kennis met de psychiatrie, zoals met inloophuizen, ggz-werkprojecten in Groningen, Drenthe en Berlijn en coöperaties in Triëst (Swildens, 1995).

1.2 Individuele rehabilitatie en maatschappelijke steunsystemen

Na mijn promotie in 1995 ging ik als onderzoeker bij Altrecht werken. Hier werd de in de Verenigde Staten ontwikkelde individuele rehabilitatienadering geïntroduceerd (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002). Voortrekkers hiervan bij Altrecht zoals Tom van Wel, Fred Marquenie, Gert Schijven en Rob Ruijs, onderkenden het grote belang van methodische ondersteuning van cliënten bij het realiseren van zelfverkozen doelen op het gebied van wonen, werk en sociale contacten en werkten daarin samen met het scholingsinstituut Rehabilitatie '92,

een initiatief van Jos Dröes. Hoe overtuigd van de waarde ervan zij ook waren, zij wilden de effectiviteit ook onderzocht zien. Naar rehabilitatie, maatschappelijke steunsystemen en behandeluitkomsten heb ik aanvankelijk met Albert van Keijzerswaard en daarna met andere collega's bij Altrecht en daarbuiten onderzoek gedaan. Sinds 2014 werkt Altrecht aan de opbouw van wijk- of gebiedsgerichte ggz en vormt dit mijn centrale onderzoeksthema.

Dit nieuwe bijzonder lectoraat is ingesteld vanwege Altrecht GGZ, een landelijke voortrekker van het gebiedsgericht werken vanuit de ggz. De opdracht is om onderzoek te doen naar de uitvoering van wijk- of gebiedsgerichte, interprofessionele zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen en naar de mate waarin deze zorg bijdraagt aan hun herstel. Een match voor deze opdracht werd gevonden bij Hogeschool Inholland, binnen het domein Gezondheid, Sport en Welzijn, in aansluiting op het lectoraat en de universitaire leerstoel GGZ-verpleegkunde van Berno van Meijel. In dit domein werken nursing, social work, pedagogiek, sportkunde, mondzorgkunde en medische technologie al samen aan een herstelgerichte visie. Opleiden en onderzoek staan in het teken van drie elementen: werken aan zelfmanagement en empowerment van patiënten of cliënten, interprofessionele samenwerking en waar mogelijk het inzetten van technologische vernieuwing (Hogeschool Inholland, 2015).

De kloof tussen psychiatrie en samenleving overbruggen

'Ik zag de nieuwe brug. Twee overzijden die elkaar vroeger schenen te vermijden, worden weer burens.' Deze dichtregels van Martinus Nijhoff uit 1934 worden geciteerd in het in 2014 verschenen rapport Over de brug (Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014). Dit rapport beschrijft hoe voor mensen met ernstige psychische aandoeningen een brug geslagen kan worden tussen ggz en samenleving. Niet alleen is hulp nodig bij klinische behoeften (vermindering psychische klachten), maar ook bij humanitaire behoeften (veiligheid, acceptatie als persoon) en rehabilitatiebehoeften (zelfstandig wonen, sociale contacten, werk). Om in deze behoeften te voorzien wordt de zorg steeds meer gebiedsgericht georganiseerd. Dit in nauwe samenwerking met ervaringsdeskundigen, professionals van meerdere disciplines en naasten van de cliënt. Idealiter is het effect van deze samenwerking groter dan ieder afzonderlijk zou kunnen bereiken. Maar hoe pak je dit aan, in samenwerking met de cliënt en alle betrokkenen uit zijn of haar netwerk?

Centrale onderzoeksvragen voor mijn lectoraat zijn:

1. Hoe kan in een interprofessioneel, gebiedsgericht kader samengewerkt worden aan persoonlijk, maatschappelijk en klinisch herstel om voor mensen met ernstige psychische aandoeningen tot een optimaal resultaat te komen?
2. Hoe kan het onderwijs aan toekomstige professionals optimaal afgestemd worden op deze nieuwe ggz-praktijk?

In deze rede beschrijf ik eerst de cliëntengroep, hun zorgbehoeften en wensen. Ik sta daarna stil bij het herstelperspectief en de programma's en interventies die hiervoor van belang zijn. Tot slot komt aan de orde, hoe onderwijs en onderzoek vanuit het lectoraat kunnen bijdragen aan het verder ontwikkelen van interprofessionele, herstelgerichte zorg.

2. Mensen met ernstige psychische aandoeningen

We richten de aandacht allereerst op de groep die gebaat is met deze interprofessionele samenwerking: mensen met ernstige psychische aandoeningen. Wie zijn deze mensen, welke zorg krijgen ze, waar en van wie? Sluit die zorg aan bij hun zorgbehoeften?

Mensen met psychotische stoornissen vormen de grootste groep, maar ook velen met een angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornis of een verslaving behoren tot de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen, ook wel afgekort tot EPA. Experts in een landelijke consensusgroep EPA hebben vijf criteria afgesproken (Delespaul et al., 2013).

1. Er moet sprake zijn van een psychiatrische stoornis die zorg en behandeling noodzakelijk maakt;
2. Cliënten moeten beperkingen ervaren in het sociaal of maatschappelijk functioneren;
3. Deze beperkingen zijn niet voorbijgaand, maar langdurig van aard;
4. Deze beperkingen kunnen zowel de oorzaak als het gevolg van de psychiatrische problemen zijn;
5. Gecoördineerde interprofessionele zorg is nodig om goed passende hulp te geven.

Wanneer cliënten zes maanden geen ernstige symptomen of beperkingen in functioneren meer ervaren dan noemt de consensusgroep hen in remissie. Na vijf jaar remissie worden zij niet meer tot de EPA-doelgroep gerekend.

2.1 Prevalentie en beloop

In Nederland zijn er volgens de meest recente schattingen 242.000 mensen in alle leeftijdsgroepen in zorg die voldoen aan de criteria voor ernstige psychische aandoeningen (12-maandszorgprevalentie, 1,41%; Delespaul & Berkvens, 2020). Ongeveer 221.000 van deze mensen zijn ouder dan 18 jaar. Dit is de kerndoelgroep voor het onderzoek van dit lectoraat. In het kader enkele fictieve voorbeelden.

Els en Evert

Els is 53 jaar. Zij kampt met psychotische klachten en depressies en zit vanwege ernstige lichamelijke problemen in een rolstoel. Ze is in zorg bij een gebiedsteam ggz, krijgt ondersteuning bij wonen van een RIBW en hulp van de wijkverpleging en het sociaal wijkteam. De professionals die bij haar over de vloer komen, vormen tevens haar sociale contacten. Ze komt eigenlijk niet meer de deur uit.

Evert is 35 jaar en komt eens in de drie weken naar het gebiedsteam ggz. In het verleden was de hulp intensiever en kreeg hij naast gesprekken met de casemanager en psychiater ook psychologische begeleiding voor de verwerking van trauma opgelopen tijdens psychotische episodes en opnames. Evert ervaart nog steeds psychische klachten. Maar hij heeft zijn leven ook weer opgepakt met een parttime baan bij de gemeente en hij is gaan samenwonen met zijn vriendin.

2.2 Functioneren centraal

Zowel de intensiteit als het beloop van psychische aandoeningen kunnen, zoals de voorgaande voorbeelden illustreren, per cliënt sterk verschillen. Ik kom hier straks uitgebreider op terug. In loopstudies wordt naast diagnose en symptomen, steeds meer het functioneren centraal gesteld. Een goed instrument om dit in beeld te brengen is de International Classification of Functioning (ICF), ontworpen door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2018). Met dit systeem wordt iemands functioneren holistisch vanuit drie perspectieven beschreven. 1. Het perspectief op het menselijk lichaam beschrijft functies en stoornissen, zoals vermindering van het denkvermogen. 2. Het perspectief op menselijk handelen, geeft weer wat iemand al dan niet zelf kan doen, zoals zelfstandig het huishouden doen. Het perspectief op de mens als deelnemer aan de samenleving (participatie) laat zien hoe iemand al dan niet meedoet in het maatschappelijk leven, zoals in werk of sociale contacten.

De gemeenschappelijke taal die het ICF-raamwerk biedt, wordt binnen interprofessioneel samenwerken terecht als een groot voordeel gezien. Dit ook omdat op persoonsniveau wordt vastgesteld wat op weg naar herstel iemands klachten maar ook krachten zijn (Van Zaalen, Deckers, & Schuman, 2018; Boonstra, 2016). Dit maakt het systeem geschikt als brug tussen zorg en welzijn.

2.3 Het beroep op de zorg

Anders dan voorheen woont op dit moment nog maar een beperkt aantal mensen in klinieken of verblijfsafdelingen. Rond de 90% van de mensen met EPA woont zelfstandig, veelal met ambulante zorg. Ongeveer een vijfde van de groep krijgt in de woonomgeving hulp van voorzieningen voor beschermd en begeleid wonen. Van de mensen die niet zelfstandig wonen, verblijft 70% in een Wmo-gefinancierde Beschermd Wonen-voorziening en 30% in een Zw-gefinancierde klinische verblijfsafdeling (Vektis, 2019). De zorg beweegt mee met deze ontwikkeling, de wijken in waar cliënten wonen.

Welke ggz-hulp krijgen cliënten? Volgens schattingen van de consensusgroep EPA krijgt ongeveer een kwart in een bepaald jaar geen ggz-zorg (Delespaul e.a., 2013). De 75% met -zorg krijgt deze meestal vanuit de gespecialiseerde ggz, inclusief verslavingszorg (58%). Maar er is ook overlap met andere zorgdomeinen zoals de forensische ggz en de openbare ggz/bemoeizorg (Kenniscentrum Phrenos o.b.v. Delespaul et al., 2013).

Lost in transition?

Veel mensen met ernstige psychische problemen maken gebruik van meerdere zorgverleners en instellingen. De voorbeelden van Evert en Els illustreren dat behalve de ggz ook andere voorzieningen betrokken zijn, van het sociaal wijkteam of wijkverpleging tot bewindvoerders of de huisarts. Als we patiënten en familie hiernaar vragen, dan geven zij vaak aan dat zij het totale hulpaanbod binnen én buiten de ggz onoverzichtelijk en onsamenhangend vinden.

Wanneer het goed gaat met iemands symptomen en het dagelijks functioneren, dan kan ggz-zorg afgeschaald worden. Een cliënt krijgt dan nog uitsluitend hulp of ondersteuning bij de eerste lijn zoals het sociaal buurtteam en de praktijkondersteuner ggz (POH GGZ) bij de huisarts.

Dit heeft positieve kanten, onder andere dat cliënten de hulp als minder stigmatiserend ervaren. Jammer genoeg draagt dit afschalen naar lichtere zorg niet automatisch bij aan meer herstel. Aan de ondersteuning van persoonlijke rehabilitatiebehoeften (zingeving, een steunsysteem opbouwen) van mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt in de eerste lijn nog onvoldoende tegemoet gekomen (Beckers, Koekkoek, Tiemens, Jaeqx-van Tienen, & Hutschemaekers, 2018).

2.4 Belangrijke problemen

Ook voor mensen die bij de gespecialiseerde ggz in behandeling blijven kan de zorg beter. Ten minste vijf belangrijke problemen spelen een rol (Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014): 1. onvoldoende inclusie in de samenleving; 2. stigma; 3. lichamelijke problemen; 4. ontwrichting en trauma door heropname; 5. een ontoereikend en te weinig samenhangend zorgaanbod.

Geen werkelijke inclusie

In de samenleving wonen betekent nog niet er werkelijk deel van uitmaken. Veel mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben een klein sociaal netwerk en vervullen slechts een beperkt aantal maatschappelijke rollen. Dit blijkt uit het landelijke panel Psychisch Gezien dat de afgelopen jaren was samengesteld uit ongeveer 2000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. De meerderheid heeft geen vaste partner. Circa vier vijfde van de panelleden met ernstige psychische aandoeningen kampt met eenzaamheid (Kroon et al., 2019). De meesten zouden dan ook meer contacten willen hebben met anderen. Veel van de panelleden zouden meer activiteiten buitenshuis willen ondernemen. Een derde van de panelleden (32%) doet vrijwilligerswerk en slechts 22% betaald werk. Het panel doet het wat betreft betaald werk wat beter dan de cliënten met ernstige psychische aandoeningen bij Altrecht GGZ met 16% met een vorm van betaald werk (Sanches, Swildens, Van Busschbach, & Van Weeghel, 2019). De meerderheid van de cliënten die geen werk of vrijwilligerswerk hebben, zouden dit op den duur wel willen doen.

Stigma

Veel ggz-clients hebben niet alleen te maken met de nadelige gevolgen van de aandoening zelf, maar krijgen ook te maken met het stigma dat kleeft aan een psychiatrische diagnose. Dit is te zien als een ernstig comorbide probleem. Vrijwel iedereen uit deze groep die een actiever leven wil leiden, ervaart daarbij persoonlijke en maatschappelijke belemmeringen vanwege stigma. Zelfstigmatisering en (anticipatie op) sociale afwijzing komen veel voor. Dit geldt ondermeer bij relatievorming (De Jager, Greevenbroek, Nugter, & Van Os, 2018). De toepassing van effectieve, antistigma-interventies in Nederland begint hier en daar op gang te komen, maar staat over het geheel genomen nog in de kinderschoenen (Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer, & Kienhorst, 2016).

Onderbehandeling van somatische problemen

Mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben een groter risico op somatische problemen (zoals hart- en vaatziekten) en een 15-20 jaar kortere levensverwachting

(De Hert et al., 2011; Cahn, 2017). Dit komt door genetische kwetsbaarheid, bijwerkingen van psychiatrische medicatie (metabole klachten als diabetes en obesitas), inadequate medische behandeling, een ongezonde leefstijl en weinig sociale steun. Bruins et al. (2017) vonden in de Noordelijke regio's van ons land dat ondanks regelmatige somatische screening slechts 43-50% van alle cliënten met psychotische klachten wordt behandeld voor metabole risicofactoren wanneer de richtlijnen dit wel aanbevelen. In de regio Utrecht zagen we dat het aantal medisch specialistische zorgcontacten dat mensen met een psychotische stoornis krijgt lager of nagenoeg vergelijkbaar is met een controlegroep zonder deze psychiatrische diagnose (Swildens, Termorshuizen, De Ridder, Smeets, & Engelhard, 2015). Dit terwijl de zorg gezien de slechtere gezondheidssituatie eigenlijk intensiever zou moeten zijn. Deze resultaten geven alle reden om de somatische zorg, screening en opvolging van screening goed onder de loep te nemen. Van interprofessionele samenwerking in de wijk worden in deze verbeteringen verwacht. Binnen het interprofessionele zorg- en onderzoeksprogramma Lijf & Leven van het UMC Utrecht en Altrecht onder leiding van professor Wiepke Cahn wordt dit onderzocht.

Ontwrichting en trauma door opname

Ongeveer een derde deel van de ambulante cliënten wordt na ontslag uit de kliniek binnen zes maanden vanwege een psychotische episode of verergering van andere psychische problemen weer opgenomen (Abdullah-Koolmees et al., 2018). Heropnames verstoren het leven en zijn op zichzelf vaak traumatisch. Tijdens een opname raken gewone plannen en doelen in het dagelijks leven vaak op de achtergrond. Een positieve ontwikkeling is de vorming van High Intensive Care units (HIC-afdelingen). Hier verblijven cliënten kort in een omgeving zonder separeerruimte. Bescherming en de inzet van ervaringsdeskundigheid worden gecombineerd met respectvolle zorg en behandeling (Van Mierlo, Bovenberg, Voskes & Mulder, 2013).

Zorgaanbod: te vaak ontoereikend, onoverzichtelijk en onsamenhangend

Beoordeeld naar de normen van de richtlijnen en zorgstandaarden is het zorgaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen ontoereikend. Zo hebben bijvoorbeeld nog te weinig mensen een compleet zorgplan, inclusief behandelplan, crisispreventieplan en rehabilitatieplan. Meer dan de helft van de mensen uit het eerder genoemde panel Psychisch Gezien zegt meer ondersteuning nodig te hebben om deel te nemen aan de samenleving, bij sociale contacten en deelname aan activiteiten of werk (Kroon et al., 2019).

Daarnaast hebben veel cliënten én hun naasten grote moeite hun weg te vinden in het aanbod. Gebieds- of wijkgericht werken kan daarin mogelijk een verbetering brengen. Door de grotere nabijheid van hulpverleners en betere samenwerking tussen organisaties zou het aanbod meer volledig, samenhangend en overzichtelijk moeten worden.

2.5 Wensen en doelen van cliënten

Mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben vergelijkbare toekomstdoelen en wensen als andere mensen. De meesten willen 'gewoon' een betekenisvol leven, een fijne woonomgeving, gezond zijn, bevredigend werk hebben of een opleiding volgen, goede relaties in een sociaal netwerk onderhouden, en geen geldzorgen hebben.

Succes in het bereiken van deze persoonlijke doelen is direct gerelateerd aan een hogere waardering door cliënten van hun kwaliteit van leven (Sanches, Van Busschbach, Michon, Van Weeghel, & Swildens, 2018).

Volgens de zorgstandaard Psychose dienen van elke cliënt naast symptomen ook de zorgbehoeften vastgesteld te worden (AKWA, 2017). Jaarlijks meten we dit met onze afdeling Zorgmonitoring en onderzoek bij een paar duizend cliënten. Zij meldden in de afgelopen jaren op gemiddeld zeven van de 25 mogelijke levensdomeinen van de Camberwell Assessment of Needs een zorgbehoefte. De meeste zorgbehoeften (66%) werden grotendeels gedekt met zorg, maar voor een derde gold dit dus niet. Subgroepen zoals mensen met een eerste- en tweedegeneratie migratieachtergrond melden meer (onvervulde) zorgbehoeften (Straalman et al., in voorbereiding). In de top-tien van onvervulde zorgbehoeften volgens cliënten stonden psychotische symptomen en psychisch onwelbevinden, evenals problemen met rehabilitatiedomeinen zoals gezelschap, intieme relaties en seksualiteit, werk, activiteiten en zingeving. Daarnaast noemden ze onvervulde zorgbehoeften wat betreft lichamelijke gezondheid en nevenwerkingen van medicatie.

Aan de andere kant kan van hulpverleners die met zoveel uiteenlopende behoeften te maken krijgen, niet worden verwacht worden dat ze op al deze terreinen expert zijn. Hoe zou de hulpverlening hier beter op kunnen aansluiten?

2.6 Naar een betere match tussen behoeften en zorgvoorzieningen

In 2012 ontwikkelden Altrecht, Kwintessence, Lister en Plexus het vignettenmodel. Dit model deelt cliënten met ernstige psychische aandoeningen naar zorgzwaarte in negen groepen in en was een poging om het benodigde zorgaanbod beter in te schatten en af te spreken met verzekeraars. Hoewel zeker van waarde, had het model de belangrijke beperking dat het gebaseerd was op in het verleden geleverde ggz-zorg en geen rekening kon houden met toekomstige behoeften van cliënten (Kwakernaak et al., 2019). Te meer omdat de toekomstige zorg er hoogstwaarschijnlijk heel anders uitziet (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink, & Van Os, 2016). In wijkverband zullen hulpverleners elkaar meer gaan aanvullen en kan de familie van cliënten meer en beter betrokken worden in de zorg. In nauwere samenwerking met de huisarts en POH GGZ kunnen lichamelijke problemen beter aangepakt worden. Naast gebiedsteams ggz en voorzieningen voor begeleid en beschermd wonen kunnen ook het sociaal wijkteam en het UWV cliënten mede helpen bij relaties, zingeving en werk. Daarnaast kunnen op deze gebieden bijvoorbeeld door ervaringsdeskundigen ontwikkelde zelfhulp- en herstelgroepen en cursussen een cruciale rol spelen (Van Gestel-Timmermans, 2011; Boevink, 2017; Kole & Rousseau, 2017).

Alles overziend is er veel ruimte voor verbetering, zowel in de zorgplanning (beleid) als in de individuele afstemming tussen hulpvraag en hulpaanbod. Hoewel een goede, doelgerichte werkrelatie en adequaat klinisch redeneren door hulpverleners belangrijke basiselementen zijn voor goede kwaliteit van zorg, kunnen veel geconstateerde problemen niet in de één-op-één hulpverleningsrelatie opgelost worden. Interprofessioneel samenwerken is dan het devies.



3. De weg naar herstel

Centraal in ons lectoraat staat zorg die bijdraagt aan herstel en empowerment van mensen met ernstige psychische problemen. Het begrip 'herstel' betekent in de ggz iets anders dan het traditionele 'genezen'. Het gaat om het proces waarin individuen hun leven weer oppakken en leren omgaan met de uitdagingen die hun psychische aandoening met zich meebrengt (Deegan, 1996). Deze visie sluit aan bij nieuwe ideeën over gezondheid en ziekte zoals geformuleerd door Machteld Huber (2014) in opdracht van de WHO. 'Positieve gezondheid' definieert zij als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan en om zo veel mogelijk eigen regie te voeren.

Aan herstel kunnen voorts verschillende aspecten onderscheiden worden (projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014): (1) klinisch herstel ofwel herstel van psychische gezondheid, inclusief executief functioneren en somatische gezondheid; (2) herstel van maatschappelijk functioneren zoals in woon- en werksituaties of sociale relaties (rehabilitatie); (3) herstel van persoonlijke, psychologische identiteit.

Persoonlijk herstel is niet denkbaar zonder empowerment, ofwel het proces waarbij individuen of organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie door het verwerven van controle, het aanscherpen van het kritische bewustzijn en het stimuleren van participatie (Van Regenmortel, 2009).

3.1 Bijdrage leveren aan een derde meer herstel op alle dimensies

De ggz heeft in het rapport Over de brug (Projectgroep plan van aanpak EPA, 2014) als doel gesteld om de komende jaren voor mensen met ernstige psychische aandoeningen op alle hersteldimensies tot een derde meer vooruitgang te bereiken.

Aan meer *klinisch herstel* kunnen bijdragen: medisch-psychiatrische en psychologische behandeling; ondersteuning gericht op zelfmanagement; sociale begeleiding, somatische zorg en hulp bij leefstijl. Door de inzet van rehabilitatie, dus vormen van ondersteuning bij wonen, werk en sociale contacten, kan *maatschappelijk herstel* verbeteren. Op dit domein moet het probleem van stigmatisering gericht worden aangepakt. Het proces van *persoonlijk herstel* is primair van de cliënt zelf; zelfhulp- en herstelgroepen en herstelacademies (zie blz. 21) kunnen hem bij dit herstel ondersteunen.

Om het effect van ggz- en andere voorzieningen in wijkverband te vergroten moeten we alle beschikbare evidence- en practice-based kennis goed benutten. Wat is er tot nu toe bekend over de weg naar herstel? Daarvoor kijken we eerst naar de criteria voor wat herstel is: wanneer noemen we iemand 'hersteld'? We kijken vervolgens naar belemmerende en bevorderende factoren voor herstel. Dan is de vraag: hoe kunnen we deze kennis op groepsniveau vertalen naar effectieve hulp aan individuele cliënten?

3.2 Wanneer spreken we van herstel?

Recent onderzoek naar maatschappelijk en klinisch herstel gebruikt het begrip remissie als meetbaar eindresultaat van een herstelproces. Dit is een situatie waarin mogelijk resterende symptomen en problemen geen ernstige impact op het dagelijks leven hebben (Van Os et al., 2006). Meestal wordt in definities van remissie een periode van zes maanden aangehouden waarin cliënten geen ernstige symptomen of problemen in hun functioneren ervaren.

In welke mate wordt herstel bereikt?

Het percentage van mensen dat op enige termijn klinisch herstel bereikt, varieert tussen 40 en 60% (Cahn, Slooff, & Wiersma, 2019). Het herstel van maatschappelijk functioneren, loopt hier ver bij achter met percentages tussen 15 en 40% (Kortrijk, Mulder, Van der Gaag, & Wiersma, 2012; Wiersma, et al., 2015; Kwakernaak, Swildens, Van Wel, & Janssen, 2019).

Persoonlijk herstel bereiken

Een criterium voor het bereiken van persoonlijk herstel ontbreekt vooralsnog en misschien is dit ook niet aan te geven, gezien het individuele karakter van persoonlijk herstel (Van Weeghel, Van Zelst, Boertien, & Hasson-Ohayon, 2019). Toch wordt op dit moment door mij en collega's van de expertraad voor Routine Outcome Monitoring bij EPA de Integrale Herstel Schaal (IHS) getest. Dit is een instrument dat beoogt om beknopt zowel klinisch - als maatschappelijk - en persoonlijk herstel te meten (Swildens, Nugter, Schaefer, & Visser, 2017). Voor het onderdeel persoonlijk herstel baseren we ons op het zogeheten CHIME-raamwerk, ontwikkeld met ervaringsdeskundigen. Dit geeft in vijf elementen de kern van persoonlijk herstel weer: Connectedness ofwel verbonden zijn (peer support ervaren, relaties hebben, deel uitmaken van de samenleving), Hoop en optimisme (motivatie ervaren, positief denken, aspiraties hebben), Identiteit ontwikkelen, Meaning ofwel zingeving (doelen hebben, zinvolle levensvulling) en Empowerment (verantwoordelijkheid en focus op kracht) (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011).

3.3 Bevorderende en belemmerende aspecten bij herstel

Welke factoren hangen samen met herstel? Uit kwalitatief onderzoek komen in relatie met persoonlijk herstel drie door veel cliënten gebruikte copingstrategieën naar voren (Soundy et al., 2015). De eerste strategie is acceptatie van de aandoening en de tijd nemen om een nieuwe toekomst uit te stippelen. Als tweede strategie nemen cliënten verantwoordelijkheid voor het leren leven met hun aandoening en proberen ze bijvoorbeeld negatieve symptomen te beteugelen door actief te blijven. De derde strategie houdt in dat cliënten steun vinden bij vrienden, mede-clieënten en familieleden.

Het meeste onderzoek is gedaan naar aspecten die *klinisch en maatschappelijk herstel* bevorderen dan wel belemmeren. Cliëntkenmerken en kenmerken van hulpverleners spelen hierbij ondermeer een rol.

Cliëntkenmerken

Mensen met een grotere kans op een voorspoedig herstel hebben bij het begin van de aandoening doorgaans een hoger verbaal IQ, minder vaak een migratieachtergrond, minder depressieve klachten en minder negatieve symptomen (Cahn et al., 2019; Stiekema et al., 2018). Maar het hebben van een partner of getrouwd zijn en werk of zinvolle activiteiten hebben is positief gerelateerd aan herstel. Een andere factor vormt verslavingsproblemen. Een verslaving zoals aan cannabis, wordt gezien als een obstakel voor effectieve behandeling van psychotische klachten.

Ook motivatie tot behandeling komt naar voren als een mogelijke voorspeller van een gunstig beloop (Jochems, Duivenvoorden, Van Dam, Mulder, & Van der Feltz-Cornelis, 2018).

Kenmerken van hulpverleners

In het onderwijs aan toekomstige hulpverleners wordt terecht het belang van een goede werkrelatie met cliënten benadrukt als basis van herstel, omdat deze de acceptatie van de behandeling en positieve behandeluitkomsten bevordert (De Leeuw, Van Meijel, Grypdonck, & Kroon, 2011). Uit onderzoek door Sarita Sanches et al. (2018) blijkt dat vooral de doelgerichtheid van de werkrelatie bijdraagt aan het behalen van cliëntendoelen op het gebied van wonen, werk en sociale contacten en aan een betere kwaliteit van leven. Daarom is het belangrijk om de wensen en ambities goed met cliënten te bespreken en hierover overeenstemming te bereiken. Een open mentaliserende houding, je goed verplaatsen in wat iemand beweegt, is ook belangrijk. Promovenda Gieke Free onderzoekt bij Altrecht de capaciteiten en vaardigheden van GGZ agogen en verpleegkundigen om te kunnen mentaliseren.

Mandy Lodder en collega's onderzochten de invloed van persoonlijke eigenschappen van begeleiders in het beschermd en begeleid wonen op uitkomsten van cliënten. Een grotere nauwgezetheid van begeleiders, gemeten met een Big-5 test die persoonlijkheidskenmerken onderzoekt, bleek geassocieerd met grotere zelfredzaamheid van cliënten na twee jaar. De onderzoekers vermoeden dat dit komt omdat een nauwkeurige zorgplanning essentieel is voor herstel (Lodder, Schrijvers, De Leeuw, Brouwer, & Cahn, 2019).

Als laatste punt wil ik noemen dat *effectieve hulpverleningsprogramma's, evenals zelfhulp-initiatieven*, belangrijk zijn om betere resultaten te bereiken voor cliënten. Welke dat zijn en wat daarbinnen de rol kan zijn van interprofessionele zorg, daarop kom ik zo terug.

3.4 Van kennis op groepsniveau naar factoren op individueel niveau

Hoewel er op groepsniveau het een en ander bekend is over belemmerende en bevorderende factoren bij herstel, is het moeilijk om te voorspellen hoe een bepaalde persoon zal herstellen na een psychose. Wat voor de één goed werkt, blijkt voor de ander geen oplossing. Daarom blijft het voor cliënten, naasten en hulpverleners moeilijk om te bepalen wat ze zelf kunnen doen om herstel positief te beïnvloeden.

Om de uitkomsten beter te kunnen voorspellen neemt ons lectoraat deel aan een initiatief vanuit UMC Utrecht met Wiepke Cahn, Hugo Schnack, Violet van Dee, Daniël van Opstal en Russel Cummins. De effecten van beïnvloedbare factoren zoals medicatie en leefstijl zullen worden berekend en worden opgenomen in een voor de individuele zorg bruikbaar voorspellingsinstrument: de Psychose Prognose Predictor (Cahn et al., 2019). Belangrijk in dit project is het bepalen van de uitkomstmaten. Wat een goede uitkomst is, kan per cliënt en per behandelaar verschillen. De cliënt wil bijvoorbeeld vooral zijn baan behouden, terwijl zijn psychiater vermindering van symptomen wil bereiken. Om in het onderzoek beter aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt, denken panels van (familie)ervaringsdeskundigen mee over de mogelijke doelen en herstelscenario's.



4. Zorgmodellen in de gebiedsgerichte ggz

Anno 2020 krijgen de meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland ambulante zorg. In 2018 waren er voor de ggz 14.250 klinische bedden beschikbaar (Kroon et al, 2019). Nederland verkeert met het aantal klinische bedden vergeleken met andere Europese landen in de middenmoot (Kroon, 2018).

Sinds jaar en dag is het doel om zo nodig intensievere ambulante zorg en ondersteuning in de directe leefomgeving van cliënten te bieden. Deze zorg moet bestaan uit een integraal pakket van *state of the art* behandeling en ondersteuning bij het functioneren in verschillende sociale rollen. Deze zorg wordt georganiseerd als interprofessionele samenwerking. Dit zijn volgens de WHO (2010, p. 8): ‘meerdere werkers binnen de zorg met verschillende professionele achtergronden die samenwerken met de patiënt, familie, mantelzorgers en welzijnswerkers om het hoogst mogelijke niveau van zorg te bieden.’

Hoe kan deze zorg eruit zien?

4.1 Interprofessionele zorgmodellen

Inspiratiebronnen

Voor de ontwikkeling van deze integrale gebiedsgerichte zorg vinden we inspiratie bij internationale vernieuwingen in de psychiatrie. Zoals de democratische psychiatrie in het Italiaanse Triëst, waar al sinds 1978 is ingezet op sluiting van psychiatrische bedden en opvang van cliënten in de samenleving (Mezzina, 2014; Muusse & Van Rooijen, 2015).

Christien Muusse onderzoekt de overeenkomsten en verschillen tussen de aanpak in Triëst en de nieuwe wijkgerichte ggz in onder meer Utrecht en wat er van elkaar te leren valt.

In de wijk wordt in de ambulante ggz-zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen meestal gewerkt met Flexibele Assertive Community Treatment ofwel FACT. Meer recent wordt ervaring opgedaan met andere modellen, zoals de resourcegroepenmethodiek (RACT: Resource Assertive Community Treatment) en Peer-supported Open Dialogue (POD). Al deze in gebiedsgericht werken toegepaste modellen gaan uit van de kracht van interprofessionele zorg.

Kritische geluiden over ggz-zorgmodellen

Tijdens mijn eerste presentatie voor Hogeschool Inholland op een congres over interprofessionele zorg reageerde het publiek, waaronder zich vertegenwoordigers van wijkvoorzieningen bevonden, kritisch op een dia over de zojuist genoemde modellen: ‘Dat is weer echt de ggz, al die eigen modellen met afkortingen. Wat moet je ermee in een wijkgerichte praktijk? Belemmert dit niet juist de samenwerking en communicatie?’ Voor het interprofessioneel samenwerken impliceert dit de opdracht om te werken aan een betere onderlinge verstandhouding en gemeenschappelijke betekenis, omdat uiteindelijk alle professionals hetzelfde doel voor ogen hebben. Afkortingen zoals FACT, RACT en POD kunnen daarbij beter binnen de psychiatrie blijven als dit de communicatie belemmert. De modellen zelf zijn echter heel waardevol en hebben juist de intentie om interprofessionele zorg – in teams en met partners buiten de teams – waar mogelijk te bevorderen.

FACT als model voor de zorgorganisatie

In Nederland wordt flexibele ACT of FACT het meeste gebruikt als zorgmodel voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. FACT is een Nederlandse variant van het in de jaren zeventig van de vorige eeuw in de Verenigde Staten ontwikkelde Assertive Community Treatment (ACT). Dit model beoogde om voor een groep cliënten met ernstige problemen in het functioneren de maatschappelijke participatie te vergroten en (langdurige) opnames te voorkomen door hen actief te benaderen en hoog intensieve zorg te bieden (Stein & Test, 1980; Van Vugt et al., 2011). FACT is een integrale benadering en biedt *outreaching* begeleiding (minimaal 40% aan huis), praktische ondersteuning en laagdrempelige, specialistische behandeling én rehabilitatie. De intensiteit van de zorg op deze onderdelen moet flexibel op- en afgeschaald kunnen worden op basis van de actuele zorgbehoefte van cliënten (Van Veldhuizen, Polhuis, Bähler, Mulder, & Kroon, 2015).

Sinds 2017 is er een gemoderniseerde modelgetrouwheidsschaal waaraan getoetst kan worden of de teams voldoen aan landelijk afgesproken FACT kwaliteitskenmerken (Bähler, Delespaul, Kroon, Van Vugt, & Westen, 2017). Volgens die kenmerken is een FACT-team altijd multidisciplinair, heeft een caseload van in totaal minder dan 300 cliënten en een cliënt/hulpverlener ratio van $\leq 1:30$. Minstens drie keer per week vindt een FACT-bordoverleg plaats, waarbij het team de cliënten die in zorgwekkende of positieve zin extra aandacht vergen, bespreekt en wordt overlegd over op- of afschaling van zorg. In FACT-teams wordt door de aanwezige disciplines nauw samengewerkt.

Deze teams bestaan volgens het model uit een meewerkend teamleider, een psychiater, een psycholoog, een ervaringswerker, een verpleegkundig specialist of nurse practitioner, psychiatrisch verpleegkundigen, ggz-agogen en een jobcoach.

Van FACT naar ggz in de wijk

De multidisciplinaire FACT-teams bieden in combinatie met teams voor begeleid en beschermd wonen een goede basis voor de organisatie van wijkgerichte zorg. Het FACT-model geïntegreerd in gebiedsgerichte, interprofessionele samenwerking noemen we 'ggz in de wijk'.

Het initiatief voor deze samenwerking is de afgelopen jaren genomen door Altrecht GGZ, de RIBW's Lister en Kwintes, de gemeente Utrecht, Enik Recovery College, de verslavingszorg (Jellinek), cliënt- en familieorganisaties verenigd in het platform Volwaardig Burgerschap GGZ en Zilveren Kruis (Taskforce EPA Utrecht, 2015). Inmiddels zijn tal van andere organisaties, de eerste lijn, zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking (Abrona) en meerdere gemeenten betrokken. Vervolgens zijn in 16 stadsdelen of gebieden ggz-teams gestart, die nauw moeten samenwerken met andere partners in de wijk. Hulpverleners kunnen bij cliënten thuis of vanuit een wijkpost de zorg aanbieden. Deze innovatie wordt door ons Altrecht team Zorgmonitor en Onderzoek gevolgd en ik zal straks iets meer vertellen over de resultaten.

Van FACT naar Resource group ACT

Een andere doorontwikkeling van FACT is resource group ACT ofwel RACT. Vermaatschappelijking van zorg vraagt betrokkenheid van familie en naasten, van het systeem rondom een cliënt, omdat herstel en terugval op zijn minst ook te maken heeft met de leefomgeving van de cliënt.

Met de wortels in het werk van Falloon die in de jaren zeventig in de Verenigde Staten cliënten na ontslag uit het ziekenhuis begeleidde in familiegroepen en via training het probleemoplossend vermogen van het systeem bevorderde, zijn de zogenoemde 'resource-groepen' ontwikkeld. Zij bieden een structuur die cliënten in staat stelt om relevante partners zoals familie, vrienden of hulpverleners te betrekken bij hun behandeling en herstel. Cliënten kiezen zelf welke leden deel gaan uitmaken van hun eigen groep rond het eigen herstelplan. In Zweden werden deze elementen doorontwikkeld tot het resourcegroep-model, waarmee bij cliënten positieve effecten op functioneren en tevredenheid zijn bereikt (Nordén, Eriksson, Kjellgren, & Norlander, 2012). In Nederland zijn enige FACT-teams ermee gaan werken en er bestaat intussen een praktijkboek Resourcegroepen (Leeman et al., 2017). Het idee is dat op den duur iedere cliënt zijn eigen resourcegroep opbouwt en inschakelt. Het model wordt op dit moment geïmplementeerd en onderzocht door Cathelijne Tjaden et al. (2019).

POD - Peer-supported Open Dialogue - Een ander zorgmodel dat sinds kort bij hulpverlening aan mensen met ernstige psychische problemen wordt toegepast is Peer-supported Open Dialogue (POD) (Razzaque & Stockmann, 2016). Dit is een zorgpraktijk bij psychische crises die zich richt op het direct betrekken van iemands netwerk. In zogenaamde network treatment meetings bespreken de betrokken persoon, zijn of haar naaste omgeving, hulpverleners en ervaringswerkers (peer workers) samen de zorgen en wensen en de mogelijke opties voor behandeling. POD gebruikt verschillende gespreks- en mindfulness-technieken voor het bevorderen van de dialoog. Door de dialoog te zoeken worden te voorbarige diagnoses en plannen voorkomen die herstel kunnen belemmeren (Stavenuiter, 2019). De benadering wordt ook in Utrecht bij ggz-in-de-wijkteams van Altrecht en Lister uitgetoetst en onderzocht.

4.2 Inzetten van ervaringsdeskundigheid

Een belangrijke ontwikkeling in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen is dat in of naast gebiedsgericht werkende ggz-teams steeds meer gebruik gemaakt kan worden van de inzet van ervaringsdeskundigheid, zowel vanuit cliënt - als vanuit familieperspectief (Boevink, 2017; Kole & Rousseau, 2017; Stavenuiter, 2019).

In een wijkgerichte context kunnen voorts herstelacademies een centrale rol spelen.

Een herstelacademie is een omgeving voor mensen die persoonlijk ervaring hebben met een psychische aandoening of verslaving en die aan herstel willen werken samen met andere ervaringsdeskundigen (Whitley, Shepherd & Slade, 2019). Uitgangspunten zijn het herstellend vermogen, de eigen kracht en de zelfregie van mensen. Idealiter zijn zulke voorzieningen in de woonomgeving van cliënten te vinden (Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014). In de stad Utrecht zijn er inmiddels vanuit Enik Recovery College twee locaties geopend waar cliënten zich kunnen richten op scholing en ontwikkeling van herstel.

Daarnaast zijn er de laatste jaren in veel regio's in Nederland zelfhulp programma's ontwikkeld voor en door mensen met psychische problemen. We noemen de volgende:

HEE - Het HEE programma (Herstel, Empowerment, Ervaringsdeskundigheid). Het HEE-team bestaat uit een groep ervaringsdeskundige docenten. Zij dragen hun ervaringskennis over aan cliënten of aan professionals bij herstelondersteunende organisaties. Het programma omvat effectieve werkwijzen en strategieën van mensen met psychische kwetsbaarheden om zichzelf te (leren) helpen. De trajecten van HEE zijn geëvalueerd en dragen ondermeer bij aan vertrouwen in de toekomst en mentale veerkracht van deelnemers (Boevink, 2017).

Herstellen doe je zelf - Dit is een cursus voor een groep cliënten van twaalf bijeenkomsten onder leiding van getrainde ervaringsdeskundige cursusleiders. Deelnemers krijgen informatie over thema's die te maken hebben met herstel, reflecteren erop en wisselen ervaringen uit. De cursus werd door Van Gestel-Timmermans (2011) geëvalueerd en bleek goede uitkomsten te hebben op zelfervaren empowerment, hoop en geloof in eigen kunnen van de deelnemers. De cursus 'Herstellen doe je zelf' wordt inmiddels landelijk aangeboden.

WRAP - Dit programma staat voor Wellness Recovery Action Plan (WRAP). Het programma is in 1997 ontwikkeld door Mary Ellen Copeland, vanuit haar eigen ervaring met psychische ontwrichting. WRAP geeft mensen een instrument in handen om het eigen herstel vorm te geven. Dit doet men in een groep die wordt ondersteund door ervaringsdeskundigen aan de hand van zes actieplannen: 1. Dagelijks onderhoudsplan, 2. Triggers, 3. Vroege waarschuwingstekens, 4. Signalen van ontsporing, 5. Crisisplan en 6. Post-crisisplan. De benadering is in verschillende studies onderzocht met positieve resultaten. Cliënten ervaren meer hoop, een hogere kwaliteit van leven, hebben een verminderde zorgvraag en kunnen beter opkomen voor hun eigen belangen bij hulpverleners (Canacott, Moghaddam, & Tickle 2019). Het programma wordt op verschillende plaatsen in het land aangeboden.

Zelfhulpprogramma's zoals HEE, Herstellen doe je zelf en WRAP zijn de afgelopen jaren onderzocht en we kunnen concluderen dat de uitkomsten positief zijn voor de mensen die eraan deelnemen. Wat is er bekend over de effectiviteit van interprofessionele zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen?

4.3 Effectiviteit van interprofessionele zorg

Volgens een vergelijkend onderzoek van de WHO (2010) ligt de kracht van interprofessionele zorg ten opzichte van gebruikelijke zorg in de ggz vooral in haar bijdrage aan:

1. Grotere tevredenheid van cliënten over de zorg;
2. Grotere toegankelijkheid van zorg voor mensen met ernstige psychische problemen;
3. Grotere acceptatie van de behandeling;
4. Verkorting van de zorgduur en zorgkosten (vooral minder opnamedagen);
5. Suïcidepreventie.

Onderzoek doet vermoeden dat FACT vergelijkbare voordelen geeft. Verder vonden Nugter en collega's in Noord-Holland-Noord dat de introductie van FACT het aantal zorgbehoeften deed afnemen en de kwaliteit van leven bevorderde (Nugter, Engelsbel, Bähler, Keet, & Van Veldhuizen, 2015). Landelijk onderzoek in de afgelopen jaren liet overigens wel zien dat in de FACT-teams vooral ondersteuning bij herstel, rehabilitatie en participatie nog onvoldoende is geïmplementeerd (Van Vugt et al., 2011; 2018). Van de inpassing van FACT in ggz-in-de-wijk worden juist op deze terreinen, in de ondersteuning bij sociale contacten en participatie in activiteiten en werk, betere resultaten verwacht, wat tot meer tevredenheid van cliënten zou leiden.

4.4 Onderzoek in Utrecht

Bij Altrecht hebben we in samenwerking met de partners in de gebiedsteams ggz van het begin af aan onderzoek gedaan naar de uitkomsten van het wijkgericht werken. Tijdens een proeftuinperiode met wijkgerichte teams hebben wij de uitkomsten van cliënten in zorg bij gebiedsteams vergeleken met die van cliënten van FACT-teams die nog niet gebiedsgericht werkten. Er zijn drie conclusies te trekken: 1. Bij alle cliënten, zowel die in de proeftuinen als die van de gewone FACT-teams, zagen we lichte verbeteringen in het functioneren en kwaliteit van leven en minder onvervulde zorgbehoeften. Hierin verschilden de nieuwe gebiedsteams ggz in proeftuinen niet significant van de gebruikelijke FACT-zorg. 2. In de proeftuinen werd door de gebiedsteams ggz gericht afgeschaald naar de eerste lijn; mensen met minder beperkingen in het functioneren werden naar de eerste lijn verwezen. 3. Aanvullende kwalitatieve interviews met cliënten duiden op een beter vangnet vanwege het gebiedsgericht werken (nog niet gepubliceerd).

Cliënten zijn over de grotere nabijheid van de zorg zeer te spreken en waarderen het dat ze met verschillende vragen op één plek terecht kunnen. Cliënten zeggen bijvoorbeeld dat ze, omdat zij zich veiliger voelen, minder gebruikmaken van het bed-op-recept. Ook wordt het aanbod als uitgebreider en meer samenhangend ervaren (Van Rijswijk, Kuipers, Theunissen & Swildens, 2019). In het kader citeren we uit dit onderzoek enkele uitspraken.

Cliënten over ggz in de wijk

'Dat het gebiedsteam gewoon dichterbij is en gemakkelijker bereikbaar... dat geeft ook wel een veilig gevoel dat je weet dat mensen er zo kunnen zijn als het misgaat.'

'Communicatielijntjes zijn nu veel korter. Veel minder kans op ruis. Omdat je regelmatig met elkaar rond de tafel zit. Veel minder schakels.'

'Ja, ik denk dat het team op alle vlakken (levensgebieden) wel helpt. Dat werd voorheen ook gedaan, maar op een andere manier en meer uit elkaar.'

'Wat ik wel merk is dat haar gereedschapskist een stuk groter is [...]. Laatst zei [de casemanager]: "Als jij dat prettig vindt, kan ik wel even contact opnemen met de psycholoog want die zit naast ons." Daar is geen afstand meer.'

Zicht krijgen op de effectiviteit van een integrale aanpak

In ons onderzoek naar de gebiedsteams ggz in de regio Utrecht kijken we specifiek naar de domeinen klinisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel die in het landelijke plan van aanpak Over de Brug (Projectgroep plan van aanpak EPA, 2014) worden genoemd met oog op een integrale herstelaanpak. Resultaten op het gebied van persoonlijk en maatschappelijk herstel zijn nog niet zichtbaar in de totaalcijfers over bijvoorbeeld zingeving, sociaal netwerk en arbeidsparticipatie. Op dit terrein werden lokaal wel successen geboekt waar specifieke interventies werden ingezet. Zo kreeg in de Utrechtse wijk Overvecht meer dan 40% van de cliënten met jobcoaching (via het IPS-model, zie blz. 27) betaald werk.

In het hierna volgende hoofdstuk bespreken we uitgebreider welke specifieke herstelondersteunende interventies binnen wijkgerichte ggz van belang kunnen zijn.

5. Herstelondersteunende interventies van professionals

In het voorgaande hebben we een aantal hulpverleningsmodellen besproken die vanuit de ggz in wijken ingezet kunnen worden om herstel te bevorderen. Hierna bespreken we welke herstelondersteunende interventies professionals kunnen gebruiken. Deze interventies richten zich bij mensen met ernstige psychische aandoeningen op de drie eerder genoemde dimensies van herstel te weten: (1) klinisch herstel, (2) herstel van persoonlijke, psychologische identiteit en (3) herstel van maatschappelijk functioneren. Welke interventies kunnen we inzetten die herstel positief beïnvloeden?

5.1 Interventies voor klinisch herstel

Vanzelfsprekend moeten wijkgericht werkende ggz-teams zorgen voor een goede screening van het psychisch en somatisch welzijn van de cliënt en zorgdragen voor de inzet van *state of the art* psychiatrische en psychologische interventies, naast interventies gericht op somatische gezondheid en verslavingsproblemen. De zorgstandaard Psychose maakt daarbij onderscheid tussen interventies die altijd aangeboden zouden moeten worden en een optioneel zorgaanbod (AKWA, 2017). Om terugval en heropnames te voorkomen dienen volgens de zorgstandaard altijd antipsychotica, psycho-educatie, gezinsinterventies en cognitieve therapie geboden te worden. Daarnaast moet elke cliënt een crisis- en signaleringplan en een herstelplan hebben en is extra aandacht vereist voor het goed bespreken van relaties, intimiteit en seksualiteit. Omdat mensen met ernstige psychische aandoeningen zoals eerder genoemd een 15-20 jaar kortere levensverwachting hebben, is aandacht nodig voor somatische comorbiditeit, zoals obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten en metabool syndroom. Daarnaast vormt de ongezonde leefstijl van veel cliënten een aandachtspunt in de zorg: roken, ongezonde eetgewoonten, onveilige seks, slechte gebitsverzorging en weinig beweging. Ter ondersteuning van leefstijl coaching zijn bruikbare interventies en ondersteunende digitale instrumenten ontwikkeld, zoals de multidisciplinaire leefstijl-bevorderende behandeling (MULTI) de programma's 'Leefstijl in beeld', GILL/Gezond in Lichaam en Leefstijl (Deenik, 2019; Van Meijel, Van Hamersveld, Van Gool, Van der Bijl & Van Harten, 2014) of een beweeg-app voor mensen met psychische aandoeningen (Koomen, 2019).

5.2 Interventies voor persoonlijk herstel en rehabilitatie

Daarnaast moeten teams cliënten kunnen steunen in het formuleren en realiseren van persoonlijke hersteldoelen, vanuit een hoopvol perspectief waarbij er ruimte is voor verantwoorde risico's. Bijvoorbeeld door, als het functioneren in een opleiding of werk hierom vraagt, de medicatie aan te passen en goed te monitoren. De meeste ggz wijkteams zetten ter ondersteuning van het herstelproces ook ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen in. Hulpverleners zouden verder volgens de zorgstandaard Psychose interventies gericht op de versterking van het sociale netwerk kunnen begeleiden. Juist omdat sociaal isolement een groot probleem is voor de groep cliënten met ernstige psychische aandoeningen vereist dit speciale aandacht. Stynke Castelein et al. (2008) lieten zien dat lotgenotengroepen mensen met een psychotische aandoening kunnen helpen om de sociale steun te vergroten.

Hulpverleners en ervaringsdeskundigen kunnen tot slot beschikken over rehabilitatiegerichte methodieken die hen helpen om cliënten te ondersteunen bij persoonlijke rehabilitatiedoelen. Dit zijn in Nederland de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en het Steunend Relationeel Handelen (SRH).

Effectiviteit van rehabilitatiemethodieken

SRH - Het Steunend Relationeel Handelen (SRH) is een begeleidingsmethodiek ontwikkeld door Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander (2019). De benadering integreert actuele kennis op het gebied van rehabilitatie in een geïntegreerde methodische beschrijving. Tot voor kort stond de SRH bekend als Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (eveneens afgekort als SRH), in de laatste update met nieuwe naam ligt een groter accent op de communicatie in de cliënt-hulpverlenerrelatie. In de afgelopen jaren werden de uitkomsten door Neis Bitter in een experimentele studie onderzocht waarbij ze begeleiding met de doorontwikkelde SRH methodiek vergeleek met gebruikelijke begeleiding. Ze vond dat de kwaliteit van leven van cliënten bij organisaties voor beschermd en begeleid wonen toenam terwijl de onvervulde zorgbehoeften afnamen. Echter, de in de SRH getrainde hulpverleners deden het niet beter dan gebruikelijke zorg (Bitter, Roeg, Van Assen, Van Nieuwenhuizen, & Van Weeghel, 2017).

IRB - De andere veel gebruikte methodiek is de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). In de afgelopen jaren heb ik met collega's de effectiviteit ervan in meerdere studies geëvalueerd. De IRB met wortels in het werk van Anthony en Farkas (Anthony et al., 2002) in de Verenigde Staten is door Jos Dröes en collega's naar de Nederlandse ggz vertaald (Dröes & Nuy, 2000; Korevaar & Dröes, 2011). Via een geprotocolleerde gesprekstechniek gecombineerd met een rehabilitatieattitude worden cliënten gefaseerd ondersteund bij het realiseren van persoonlijke doelen op de gebieden wonen, werken, leren en sociale contacten. Gefaseerd wil zeggen: eerst doelen formuleren en functionele diagnostiek uitvoeren, dan stappen plannen die nodig zijn om het doel te bereiken en deze vervolgens uitvoeren. De eerste experimentele studie gepubliceerd in 2013 bevestigde op enkele maten de effectiviteit van de IRB. Cliënten met IRB-begeleiding realiseerden volgens henzelf aanzienlijk vaker hun persoonlijke doelen wat betreft wonen, werk/leren en sociale contacten dan cliënten die gebruikelijke zorg kregen. Ook vonden zij vaker werk, inclusief vrijwilligerswerk (Swildens et al., 2011). De bevindingen van de experimentele studie corresponderen met eerdere longitudinale, niet-vergelijkende Nederlandse studies naar de IRB (Van Busschbach & Wiersma, 2002; Swildens, Van Keijzerswaard, Van Wel, De Valk, & Valenkamp, 2003) en met een studie in de Verenigde Staten en in Italië (Shern et al., 2000; Gigantesco et al., 2006). Op grond van deze resultaten is de IRB opgenomen in multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2012).

Participatie in werk bevorderen: IRB en IPS

Vanuit onze IRB-onderzoeksgroep werd in 2014 specifiek gericht op participatie in werk en activiteiten een nieuwe studie gestart naar de kosteneffectiviteit (Sanches et al., 2015). De benadering bereikte na een jaar follow-up ruim 40% participatie en ruim 30% betaald werk.

Echter, waar in de voorgaande studie (Swildens et al, 2011) de controlegroep veel slechter uitkwam dan de IRB groep bleek nu dat ook de niet in de IRB getrainde FACT-casemanagers ruim 40% participatie met hun cliënten bereikten. Zij zetten daarbij veelal geschoolde jobcoaches en trajectbegeleiders in, waarmee ze interprofessioneel samenwerkten. Sarita Sanches concludeert dat begeleiding door geschoolde begeleiders met kennis van de specifieke doelgroep, al dan niet in een interprofessionele combinatie, effectiever is dan niet begeleiden (in voorbereiding Sanches et al, 2020). Bijvoorbeeld vond Hans Kortrijk dat zonder specifieke hulp minder dan 5% van de cliënten een vorm van werk kreeg. Een verschil van maar liefst 35% dus (Kortrijk, Mulder, Kamperman, & Van Weeghel, 2018).

IPS - Er is wel evidentie voor de grotere effectiviteit van een andere methode van arbeidsintegratie, namelijk Individuele Plaatsing en Steun (afgekort als IPS), ontwikkeld door Bob Drake en Debby Becker in de Verenigde Staten. Deze methode werd speciaal ontwikkeld voor mensen met ernstige psychische problemen en een achterstand op de arbeidsmarkt. Hierbij is het eerste doel plaatsing in een baan om daarna samen met de cliënt te kijken wat hij nodig heeft om het werken tot een succes te maken. Kenmerken zijn onder andere: snel plaatsen in werk en daarna trainen of coachen en behandeling en arbeidsbegeleiding op elkaar afstemmen. Het voordeel van IPS is dat het de motivatie van cliënten maximaliseert door de gewenste situatie (werk) niet als verre belofte, maar als werkelijkheid te realiseren. IPS helpt ook in Nederland meer mensen aan betaald werk dan andere vormen van trajectbegeleiding (Michon et al., 2014).

Netwerkgzorg

Iemand's zorgplan moet bij voorkeur in gezamenlijke besluitvorming tot stand komen, waarbij alle partijen (cliënt, naasten, relevante hulp en dienstverleners) doelen kunnen inbrengen. Als ze door de cliënt hiervoor zijn aangewezen, maken ze deel uit van de resourcegroep. Als netwerken ontbreken kunnen ze op deze wijze opgebouwd worden (Delespaul et al., 2016). Deze benadering wordt tegenwoordig netwerkgzorg genoemd, maar de aanpak is niet nieuw. Rond 2000 werden vergelijkbare ideeën geopperd en vonden in veel regio's experimenten plaats met maatschappelijke steunsystemen gericht op participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid (Van Weeghel & Dröes, 1999; Beenackers, Swildens, & Van Rooijen, 2001). Dit behelsde naast persoonsgerichte activiteiten ook de ontwikkeling van groepsactiviteiten en omgevingsgerichte activiteiten ofwel kwartiermaken (Kal, 2001). Cliënten ervoeren waardevolle, wederkerige steun aan de werkprojecten of lotgenotengroepen die in die tijd werden uitgevoerd (Blom, Pols, & Swildens, 2012). Na een enthousiaste start zijn de initiatieven landelijk niet breed uitgerold wellicht omdat de tijd er niet rijp voor was. In deze tijd lijken de kansen te keren. De kracht van het sociaal netwerk wordt ook voor ggz behandeling steeds meer erkend en het werken in de wijk biedt hierbij betere kansen. Ook kan door de ggz geleerd worden van collega's in de wijk zoals het sociaal werk dat het opbouwen van sociale netwerken al decennia lang tot basisexpertise kan rekenen (Linders, 2019).

Digitale hulpmiddelen en netwerken

De praktische uitvoerbaarheid van een wijkgerichte netwerkpsychiatrie neemt aanzienlijk toe wanneer het netwerk van cliënt, naasten en interprofessioneel samenwerkende hulpverleners digitale hulpmiddelen en virtuele netwerken kan gebruiken (Delespaul et al., 2016; Scheepers, 2018). Een goed voorbeeld is het platform PsyNet dat op initiatief van het UMC Utrecht, huisartsen in Utrecht, Altrecht, Lister en de Buurteams Utrecht tot stand kwam.

Met PsyNet ziet een cliënt in één oogopslag wie er betrokken is bij zijn of haar persoonlijke hulpverlening. Ook de betrokken hulpverleners beschikken, mits de cliënt hen uitnodigt, over dit overzicht, waardoor zij rechtstreeks informatie kunnen delen en overleggen.

Andere mogelijkheden zijn vormen van beeldcommunicatie, digitale beslisbomen, vormen van blended behandeling, elektronische (medicatie)herinneringen en virtual reality therapie (Van der Krieke, 2017; Alpy, Bijwaard, & Doms, 2019).

Risico's beoordelen en tijdig opvangen

Er wordt steeds meer aandacht gevraagd voor personen met verward gedrag in wijken (Koekkoek, 2017; Mulder, Van Weeghel, Wierdsma, Zoeteman, & Schene, 2017).

Die term 'personen met verward gedrag' is een verzamelterm die de politie gebruikt voor een groep mensen met uiteenlopende beperkingen (psychisch, LVB, dementie, verslaving) en levensproblemen (schulden, dakloosheid, eenzaamheid, gebrek aan participatie). Een groot deel van hen heeft psychiatrische problemen die zonder behandeling kunnen verergeren. Het werken met signaleringsplannen kan het risico op terugval verminderen bij cliënten met psychotische klachten. Zij zelf, familie en hulpverleners hebben ervaren door het gebruik ervan meer controle te hebben over het leven (Van Meijel, Kruitwagen, Van der Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2006). Daarnaast kan een wijk- of gebiedsgericht werkende ggz een bijdrage leveren aan tijdige herkenning van mensen met verward gedrag en toeleiding naar passende zorg en door goed aan te sluiten bij de behoefte aan zorg van cliënten. Met subsidie van ZonMw zal ik met studenten en docenten van Hogeschool Inholland en ggz-instellingen in de vorm van een leernetwerk bekijken hoe deze ondersteuning plaatsvindt. Hierover straks meer.

Destigmatisering

Om in de bevolking als geheel grotere openheid rond psychische aandoeningen te bewerkstelligen en grotere bespreekbaarheid te bereiken voert de overheid publiekscampagnes, met medewerking van o.a. de stichting Samen sterk zonder stigma. Een kennisconsortium Destigmatisering en sociale inclusie is in het leven geroepen om de kennis over wat wel en niet werkt bij destigmatisering te ontwikkelen en te verspreiden (Kenniscentrum Phrenos, 2018). Ook worden cursussen in Mental Health First Aid aangeboden, een training waarin basale kennis van en praktische eerste hulp bij psychische problemen worden overgedragen. Beroepsmensen bij politie of baliedmedewerkers maar ook betrokkenen bij scholen of winkeliers in een wijk, kunnen de cursussen gegeven door ervaringsdeskundigen en professionals volgen.

Professionals in het nieuws over ggz in de wijk in de gemeente Utrecht

'Door meer in de wijk te werken, ben je dichterbij mensen, in hun eigen omgeving. Diezelfde omgeving waar ze in eerste instantie in moeilijkheden raken, maar waarin ze ook herstellen en hun leven weer opbouwen. We zijn er sneller bij. Voor de cliënt en zijn omgeving, maar ook voor professionals die daar werkzaam zijn.' (citaat Sanne Wullems, in een interview in Zorg en welzijn, februari 2018).

'Dat wij nu met z'n allen samenwerken is geen revolutionair idee. Maar het is een nieuwe werkwijze. We doen wat nodig is, los van kaders en protocollen. We kennen de naam van de wijkagent. Als het niet goed gaat met iemand, gaan we gewoon langs.' (citaat Joost Coffeng in een interview in De Volkskrant, 24 januari 2018).



6. Interprofessioneel werken in opleiding en onderzoek

De ggz vormt voor veel toekomstige professionals niet direct het meest aantrekkelijke werkterrein. Hierin spelen naast de bezuinigingen op de zorg en de werkdruk ook een negatief imago en negatieve media aandacht een rol (Van den Bosch & Giesen, 2017). Voor de toekomst is het belangrijk dat dit beeld gekanteld wordt. Het lectoraat wil hieraan bijdragen door studenten en docenten verpleegkunde, social work, sport, mondzorg en medische technologie en ggz-hulpverleners actief aan het onderzoek op dit gebied te laten meedoen en de uitkomsten terug te koppelen naar de praktijk en het onderwijs. Daarnaast wil het lectoraat samen met docenten, onderzoekers en professionals uit praktijk werken aan het ontwikkelen en verspreiden van kennis over interprofessioneel samenwerken.

6.1 T-shaped professionals

In gebiedsgericht werkende ggz-teams en/of resource groepen wordt volop interprofessioneel samengewerkt. Om een zorgplan met de cliënt en diens formele en informele netwerk te maken is eerst overeenstemming nodig over welke doelen nastrevenswaardig zijn en welke waarden daarbij horen, zoals zelfmanagement en herstel bevorderen. Met cliënt en naasten kan verder ook besproken worden wie er in welke herstelfase betrokken moeten worden. De kans op een vruchtbare samenwerking wordt groter als leden van de resourcegroep en/of het netwerkteam duidelijk hebben wat ze moeten doen, elkaar qua expertise aanvullen, een ieder het gevoel heeft een bijdrage te leveren en beslissingen echt gezamenlijk genomen worden (Van Zaalen et al, 2018). Ggz in de wijk vraagt bij uitstek om *T-shaped* professionals. Dit zijn specialisten op het eigen gebied, gesymboliseerd door de staande balk van de T die ook over grenzen van het eigen gebied heen kunnen kijken en waar nodig hulp van anderen inzetten (Korevaar, Kroes, Kuik, 2016; De eerder genoemde ICF (blz. 10) kan hulpverleners vanuit verschillende domeinen een gemeenschappelijk waardenkader bieden. Met de ICF wordt het gemakkelijker een omslag te maken van een stoornisgerichte benadering naar behandeling of begeleiding gericht op verbetering van de concrete kwaliteit van het bestaan en op kunnen (blijven) meedoen in het leven van alledag (Van Zaalen et al. 2018).

6.2 Interprofessioneel leren samenwerken

Interprofessionele competenties worden in het onderwijs fasegewijs geleerd zodat studenten zich vaardigheden goed eigen kunnen maken. In de introductiefase maken studenten kennis met de geschiedenis van samenwerking in zorg en welzijn en leren zij over de relevante theorie, uitgangspunten, competenties en methoden. In de onderdompelingsfase ontwikkelen zij deze competenties door te oefenen met samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld rondom casussen. In de afstudeerfase moeten studenten aantonen dat zij beschikken over de benodigde competenties (Van Zaalen et al., 2018). Zo moeten zij samen met de cliënt en diens netwerk doelen kunnen formuleren, hun eigen rol en expertise aan anderen kunnen uitleggen en goed kunnen omgaan met feedback krijgen en geven binnen het netwerk.

Veranderende competenties

Een basiscompetentie is helder communiceren, rekening houdend met problemen die er kunnen ontstaan door ander taalgebruik van collega-professionals, cliënt en naasten. Tot voor kort richtte de communicatietraining binnen de opleidingen voor zorg en welzijn zich meestal op samenwerken in het eigen domein. Tegenwoordig gaat het steeds meer om communicatie, samenwerking en afstemming met professionals uit andere domeinen en de opleidingen moeten hierop aansluiten. Dat geldt ook voor belangrijke competenties zoals uitgaan van de zelfredzaamheid en eigen regie van cliënten als leidend principe en rekening houden met diversiteit in ervaring en culturen.

Deskundigheidsontwikkeling in de praktijk

Kennis opdoen over interprofessioneel samenwerken, zal voor een groot deel in de praktijk plaatsvinden. Wijk- of gebiedsgerichte ggz-teams vormen bij uitstek een aantrekkelijke leeromgeving voor studenten om er ervaring mee op te doen. Ook teams zelf blijven leren. Korevaar en Wester (2013) benoemen vier manieren om bij bestaande ggz-teams in de wijk deskundigheid te ontwikkelen: 1. Actief gewenste kennis verwerven over elkaars disciplines en taalgebruik om te kunnen samenwerken; 2. Praktijkervaring opdoen door als netwerkteam regelmatig samen casuïstiek te bespreken; 3. Praktijkkennis opdoen door samenwerken en de samenwerking al doende te verbeteren; 4. Ervaringskennis van cliënten, hun sociaal netwerk en van vrijwilligers erkennen en benutten als bron van kennis gelijkwaardig aan de wetenschappelijke en professionele kennis.

Een van de aspecten die extra deskundigheidsbevordering vragen is het omgaan met uitwisseling van persoonsgegevens. Dit is bij interprofessioneel samenwerken aan complexe hulpvragen altijd aan de orde. Daarnaast is sinds de AVG in werking trad de bescherming van persoonsgegevens verder versterkt. Instellingen hebben nog meer verantwoordelijkheid gekregen in het voldoen aan de rechten van burgers op zorgvuldig gebruik van hun persoonsgegevens. Professionals moeten hiervan goed op de hoogte zijn en leren hoe ze kunnen samenwerken met behoud van de privacy van cliënten (Van Zaalen et al., 2018).

Bouwen aan een leernetwerk

Om studenten al tijdens hun opleiding vertrouwd te maken met interprofessioneel samenwerken in een gebiedsgerichte ggz en cultuurverschillen tussen beroepen te overbruggen gaat het lectoraat een leernetwerk inzetten gericht op signalering, toeleiding en opvang van personen met verward gedrag in de wijk. Met subsidie van ZonMw worden in Noord-Holland en Utrecht interprofessionele leernetwerken gestart (Swildens et al, 2019). Deelnemers zijn naast Hogeschool Inholland, de wijk- of gebiedsgericht werkende ggz-teams van Altrecht, GGZ inGeest en GGZ Noord-Holland-Noord. Professionals van deze ggz-teams, docenten en studenten nursing en social work voeren het project uit, waarbij een breed veld van adviseurs betrokken is: (familie)ervaringsdeskundigen, vertegenwoordigers vanuit het welzijnswerk en veiligheidsdomein en de lectoren GGZ-verpleegkunde, Empowerment & Professionalisering en Gezondheid en Welzijn van Kwetsbare Ouderen.

Samen verkennen ze welke vormen van interprofessionele samenwerking van belang zijn om vroegtijdig kwalitatief goede, herstelondersteunende zorg te bieden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Per leernetwerk lopen studenten en docenten enkele dagdelen mee in de praktijk. Studenten doen interviews met ervaringsdeskundigen, professionals en naasten en maken een analyse van de (kwaliteit van de) samenwerking tussen ketenpartners en informele zorg. Ik ben heel blij dat dit project met inzet van de docenten, Carin de Boer, Carla de Graaf, Samantha Dooper en Doenja Rosenmöller is gestart met de eerste 35 studenten. De activiteiten van het leernetwerk worden in 2020 en 2021 met groepen studenten bij diverse wijkgerichte ggz-teams doorlopen. De opbrengsten worden gepresenteerd aan het landelijk platform Herstel voor Iedereen. Dit is een platform waarin een groot aantal landelijke ggz-instellingen ervaringen met innovaties uitwisselen die bedoeld zijn om het Plan van aanpak Over de brug (Projectgroep plan van aanpak EPA, 2014) in Nederland concreet vorm te geven.

6.3 Onderzoeksprogramma Interprofessionele zorg in de GGZ

Hoe ziet tot slot ons onderzoeksprogramma voor de komende periode eruit? We beschrijven dit aan de hand van vijf vormen van onderzoek in de onderzoekscyclus (Van Meijel, Gamel, Van Swieten-Duijfjes, & Grypdonck, 2004). Bij alle onderdelen kunnen ook master- en bachelor studenten worden betrokken.

1. *Literatuurstudie*: Hoewel er een overzicht is gegeven van de beschikbare interprofessionele zorgmodellen en interventies hebben we nog weinig inzicht in de specifieke rol van verpleegkundigen en ggz-agogen binnen de interprofessionele zorg. Dit terwijl zij belangrijke spelers zijn in de uitvoering. Daarom voeren we gericht op dit thema een systematisch literatuuronderzoek uit.
2. *Probleem- en behoefteanalyse*: De kracht van interprofessionele zorg hangt voor een belangrijk deel af van de mate waarin afstemming plaatsvindt op de door betrokkenen ervaren problemen en behoeften. Hiervoor doen we behoeftenonderzoek bij cliënten en naasten. We kunnen hierbij binnen ons lectoraat gebruik maken van gegevens die wij jaarlijks met de afdeling Zorgmonitoring en onderzoek verzamelen over de zorgbehoeften van cliënten, kwaliteit van leven en herstel. Daarnaast is het belangrijk om deze kwantitatieve gegevens aan te vullen met andere methoden zoals kwalitatieve interviews en focusgroepen.
3. *Implementatie onderzoek*: Veel onderzoek gaat over wat te doen; welke programma's en welke interventies. Hoe je verbetert, het implementeren, blijft echter een heikel thema. We hopen hierin nader inzicht te verkrijgen via interviews, participerende observatie en via de genoemde leernetwerken. Daarbij zijn we op zoek naar antwoorden op de vraag hoe de implementatie van innovaties loopt, wat werkt en wat minder goed, en naar best practices. Verschillende perspectieven zoals cliënten, naasten, ervaringsdeskundigen en verpleegkundige en social work professionals worden specifiek belicht. Waar het kan, benutten we de mogelijkheden om ervaringen in regio's te vergelijken.

4. *Innovatie en praktijkontwikkeling*: De verwachting is dat de waardering en uitkomsten van zorg toenemen als interprofessionele zorgcombinaties beter kunnen aansluiten op de individuele situatie en uiteenlopende wensen van cliënten. We hopen met ons lectoraat in de toekomst bij te dragen aan de ontwikkeling van gepersonaliseerde innovaties zoals de eerder genoemde Psychose Prognose Predictor. Betrokkenheid van ervaringsdeskundigen is hierbij essentieel.
5. *Effectonderzoek*: Evaluatie van de uitkomsten van zorg blijft essentieel om binnen de wijkcontext kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen bieden. Binnen ons lectoraat willen we naast de klassieke experimentele opzet andere goede alternatieven inzetten zoals in opdracht van ZonMw zijn beschreven (May & Mathijssen, 2015); bijvoorbeeld N=1 studies of cohortstudies. Op dit moment doen we binnen ons lectoraat met een combinatie van evaluatie methoden onderzoek naar de ervaringen met en uitkomsten van gebiedsgerichte ggz in de regio en stad Utrecht.

Studenten nursing over interprofessioneel samenwerken

‘Vaak hebben cliënten zowel lichamelijke als psychische problemen. Interprofessioneel leren samenwerken, weten hoe je andere professionals kunt betrekken is daarom ook heel belangrijk. Samen een casus uitwerken met social work studenten was heel verhelderend voor mij. Wij kijken meer naar ziektebeelden, zij brengen direct de thuissituatie in beeld.’

‘Je leest en hoort op dit moment erg veel over problemen in de ggz, dat interesseert me wel hoewel ik voor de somatische kant van verpleegkunde heb gekozen. Om meer studenten tijdens de opleiding al te interesseren voor een carrière in de ggz zou dit gebied vanaf het eerste jaar al uitgebreider in het onderwijsprogramma opgenomen kunnen zijn.’



Dankwoord

Aan het einde gekomen van het inhoudelijke deel van mijn rede wil ik graag mijn dank uitspreken. Het bijzonder lectoraat Interprofessionele zorg in de GGZ is ingesteld door Hogeschool Inholland en Altrecht. Ik wil het Collega van Bestuur van Hogeschool Inholland, Bart Combee, Huug de Deugd en Mieke van den Berg en de Raad van Bestuur van Altrecht, Lex de Grunt en Mariëlle Ploumen van harte bedanken. Hans van Klaveren en Leonieke Beverloo, leidinggevend van de gebiedsteams ggz bij Altrecht, wil ik van harte bedanken dat ze me de kans hebben gegeven om aan het lectoraat te werken.

Ook Heleen Jumelet, voormalig directeur van het domein Gezondheid, Sport en Welzijn en de huidige directeur Marije Deutekom wil ik hartelijk bedanken voor hun inzet om het lectoraat in te stellen en voor de installatie ervan vandaag. Dit geldt evenzeer voor Roxanne Vernimmen, voormalig Altrecht bestuurder, die hiertoe met mij het initiatief heeft genomen. Vera van Waardenburg, clustermanager Nursing en de lectoren Berno van Meijel (GGZ-verpleegkunde) en Robbert Gobbens (Gezondheid en Welzijn van Kwetsbare ouderen) wil ik bedanken voor de zorg voor een goede inbedding van het lectoraat in dit cluster. Sharmila Balesar is als alerte, betrokken management assistent een belangrijke steun. Samen met communicatieadviseur Esmeralda van Heijningen en beleidsadviseur Floor Aarts heeft ze deze bijeenkomst met mij voorbereid. Gerdie Kienhorst wil ik bedanken voor haar degelijke en deskundige redactiewerk voor het redeboekje.

Arjan Braam, bijzonder hoogleraar 'Levensbeschouwing en geestelijke volksgezondheid, met bijzondere aandacht voor de psychiatrie' (Altrecht/Universiteit voor Humanistiek) en Wiepke Cahn, hoogleraar lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen (Altrecht/UMC Utrecht) wil ik van harte dank zeggen omdat ze samen met Berno van Meijel en Mariëlle Ploumen bereid zijn om deel uit te maken van het curatorium van het bijzonder lectoraat.

Voor het lectoraat is een kenniskring in oprichting in aansluiting op de al bestaande kenniskring GGZ-verpleegkunde waar ik al deel van mag uitmaken. Dit is een inhoudelijk bijzonder inspirerende en gezellige omgeving gebleken. Daarnaast zijn al veel Inholland teamleiders en docenten van nursing en social work en collega's bij Altrecht, GGZ inGeest en GGZ Noord-Holland-Noord betrokken bij de opzet van het leernetwerk waarvoor we recent een ZonMw subsidie mochten ontvangen. Ik wil allen daarvoor van harte bedanken en in het bijzonder Carin de Boer, Samantha Dooper, Patricia Kaiser, Kathinka Rademaker, Doenja Rosenmöller, Marissa van Ingen, Serena van der Kaaij, Carla de Graaf, Marjolein van Dijk, Hendrik Pietersen, Sonja van Rooijen, Russel Cummins, Tom Rusting, Gert Schijven, Margret Overdijk, Ine Prick, Harke-Jan Rolle en Helen Boon. Ik ben heel blij te merken dat er enthousiasme is om bij innovatieopdrachten studenten de gelegenheid te bieden kennis te maken met ggz-in-de-wijkteams. Ik hoop dat de studenten met hun onderzoek en feedback aan teams een mooie bijdrage kunnen leveren.

Ons lectoraat vormt een onderdeel van de onderzoeksgroep Gezondheid en Zelfmanagement. Leden hiervan zijn associate lector Laurence Alpay (E-health) en de lectoren Harmen Bijwaard (Medische Technologie), Robbert Gobbens en Berno van Meijel. Ik wil hen van harte bedanken voor de goede ontvangst en verheug me op de verdere samenwerking.

Hoewel ondergebracht bij het cluster Nursing was het van meet af aan de bedoeling dat het lectoraat mede zou aansluiten op het cluster Social Work, en de clustermanagers Carla Rinkel en Jeroen de Wit zijn van het begin af aan betrokken geweest bij de vormgeving ervan en bij het eerder genoemde leernetwerk. De samenwerking met de aan dit cluster gekoppelde onderzoeksgroep Welzijn en Empowerment is voor het werken aan herstel in de wijk bijzonder waardevol. Dit zijn de lectoren Lilian Linders (Empowerment & Professionalisering) en Femke Kaulingfreks (Jeugd en Samenleving) en Guido Walraven (Dynamiek van de Stad). Lilian is met Berno en Robbert ook al als adviseur betrokken bij het leernetwerk GGZ in de wijk. In breder verband wordt nagedacht over een toekomstig gezamenlijk onderzoekscentrum waarin alle onderdelen van het domein Gezondheid, Sport en Welzijn betrokken zijn. Ik zie ernaar uit om samen de komende jaren projecten binnen te halen en uit te voeren gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen in de wijk. Daarbij denk ik ook aan terreinen zoals social work, aangepast sporten en aan de inzet van digitalisering voor gezondheid.

Met veel onderzoekers in het land wordt al langer samengewerkt en kan ik terecht voor inhoudelijke vragen of overleg. Een aantal van hen wil ik vooral bedanken. Met Jooske van Busschbach en Ellen Visser (UMCG), Annet Nugter (GGZ Noord-Holland-Noord) en Barbara Schaefer en Jaap van Weeghel (Parnassia-groep en KC Phrenos), Maurits Beenackers (Lister), Philippe Delespaul (Universiteit van Maastricht) en Sibe Doosje (Universiteit Utrecht) heb ik veel samengewerkt. Er zijn veel producten afgerond en er is altijd ook nog veel te doen. Het is altijd een genoegen om met jullie samen te werken. Met Wiepke Cahn en Hugo Schnack (UMC Utrecht) en de collega's en ervaringsdeskundigen in dit programma heb ik de afgelopen jaren een aantal mooie subsidieaanvragen voorbereid waarvan een deel ook gelukt. Deze samenwerking brengt me veel nieuwe inspiratie en leuke contacten. Sarita Sanches en Gieke Free wil ik bedanken dat ik hun promoties als copromotor mag begeleiden. Het is een voorrecht om met zulke inspirerende, leuke onderzoekers te werken.

Mijn collega's bij Altrecht Science, de afdeling Zorgmonitor en onderzoek en de Altrecht hulpverleningsteams wil ik van harte bedanken voor de samenwerking en collegialiteit. Na 23 jaar bij Altrecht zijn er zeer veel mensen die ik dank verschuldigd ben en het zijn er te veel om allemaal te noemen. Speciaal wil ik toch noemen Gert Schijven, Gerard de Valk, Albert van Keijzerswaard, Fred Marquenie, Judith Vuyk, Tom van Wel, Marije Valenkamp, Carieneke Kandou, Sjef Odekerken, Russel Cummins, Welmoed van Ens en Danine van Rijswijk. Jullie hebben een grote gedrevenheid om de zorg te blijven vernieuwen en op een hoger plan te brengen. Daarbij is jullie collegialiteit voor mij persoonlijk heel belangrijk.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken en in het bijzonder mijn vader Hans, zijn echtgenoot Nini en mijn gezin. Jullie tonen altijd interesse voor mij als persoon en ik kan ook voor inhoudelijke gesprekken over mijn werk bij jullie terecht. Jaap, je bent de liefde van mijn leven en dank je wel dat je me ook regelmatig met raad en daad bijstaat als goede collega. Anna en Emma, ik ben enorm trots op jullie en het is heerlijk om te zien hoe jullie je als mens en ook als zorgprofessional ontwikkelen.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Abdullah-Koolmees, H., Gardarsdottir, H., Minnema, L. A., Elmi, K., Stoker, L. J., Vuyk, J., ... Heerdink, E. R. (2018). Predicting rehospitalization in patients treated with antipsychotics: a prospective observational study. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(8), 213-229.
- AKWA (2017). *Zorgstandaard Psychose*. Utrecht AKWA.
- Alpy, L., Bijwaard, H., & Doms, D. (2019). De mens centraal bij de ontwikkeling van ehealth. In: Th. Kampen (red.), *De mens centraal, geen probleem? Dilemma's voor professionals in zorg en welzijn* (pp. 159-181). Alkmaar: Uitgeverij van Genneep.
- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Bähler, M., Delespaul, P., Kroon, H., Vugt van, M., & Westen, K. (2017). *Fact-schaal 2017*. Utrecht: CCAF.
- Beckers, T., Koekkoek, B., Tiemens, B., Jaecx-van Tienen, L., & Hutschemaekers, G. (2018). Substituting specialist care for patients with severe mental illness with primary healthcare. Experiences in a mixed methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1-2), 1-10.
- Beenackers, M., Swildens, W., & van Rooijen, S. (2001). *Naar een maatschappelijk steunsysteem in Utrecht: Vijf speerpunten in het beleid voor mensen met langdurig psychische problemen*. Utrecht: reeks Trimbos-instituut.
- Bitter, N., Roeg, D., van Assen, M., van Nieuwenhuizen, C., & van Weeghel, J. (2017). How effective is the comprehensive approach to rehabilitation (CARE) methodology? A cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1565-y>.
- Blom, A., Pols, J., & Swildens, W. (2012). Zorg in een maatschappelijk steunsysteem - Een blik van binnenuit. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 67(6), 311-318.
- Boevink, W. (2017). *HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*. Academisch proefschrift. Maastricht University.
- Boonstra, N. (2016). *Op weg naar effectieve, vroegtijdige en herstelondersteunende geestelijke gezondheidszorg*. Lectorale rede. NHL Stenden Hogeschool.
- Bruins, J., Pijnenborg, G. H. M., van den Heuvel, E. R., Visser, E., Corpeleijn, E., Bartels-Velthuis, A. A., ... Jörg, F. (2017). Persistent Low Rates of Treatment of Metabolic Risk Factors in People With Psychotic Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(8), 1117-1125.
- Cahn, W. et al. (2019). Geraadpleegd van: [website zonmw.nl/onderzoeksprogramma-ggz/psychosis-prognosis-predictor/](http://website.zonmw.nl/onderzoeksprogramma-ggz/psychosis-prognosis-predictor/).
- Cahn, W., Slooff, C., & Wiersma, D. (2019). Epidemiologie en beloop. In: W. Cahn, I. Myin-Germeys, R. Bruggeman, L. de Haan (red.), *Handboek schizofreniespectrum-stoornissen*. Tweede geheel herziene druk (pp. 313-326). Amsterdam: Boom - de Tijdstroom.
- Cahn, W. (2017). *Focus op lijf en leden*. Oratie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Canacott, L., Moghaddam, N., & Tickle, A. (2019). Is the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(4), 372-381.
- Castelein, S., Bruggeman, R., van Busschbach, J. T., van der Gaag, M., Stant, A. D., Knegtering, H., & Wiersma, D. (2008). The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 64-72.
- Deegan, P.E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91-97.
- Deenik, J. (2019). *Thinking inside the box: changing lifestyle to improve the health status of inpatients with severe mental illness*. Academisch proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- De Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., ... Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52-77.
- De Jager, J., van Greevenbroek, R., Nugter, A., & van Os, J. (2018). Sexual Expression and Its Determinants, in People Diagnosed with Psychotic Disorders. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 1082-1088.
- De Leeuw, M., van Meijel, B., Grypdonck, M., & Kroon, H. (2011). The quality of the working alliance between chronic psychiatric patients and their case managers: process and outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 1-7.

- Delespaul, Ph., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnostiek Uitgevers.
- Delespaul, Ph., & Berkvens, B. (2020). Netwerkgang voor wie en waarom? In: N. Mulder, Ph. Delespaul, J. van Weeghel, B. Berkvens, E. Leeman, F. Bovenkerk, H. Kroon & T. van Mierlo (eds.), *Netwerkgang. Op weg naar optimale herstelondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen* (hoofdstuk 2). In voorbereiding.
- Delespaul, Ph., & de consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-38.
- Dröes, J. & Nuy, M. (2000). *De individuele rehabilitatiebenadering. Inleiding tot gedachtengoed, techniek en randvoorwaarden*. Utrecht: SWP.
- Gijswijt-Hofstra, M. (2005). Within and outside the walls of the asylum: caring for the Dutch mentally ill 1884-2000
In: M. Gijswijt-Hofstra, H. Oosterhuis, J. Vijselaar, & H. Freeman, *Psychiatric cultures compared: psychiatry and mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches* (pp. 35-72). Amsterdam: University Press.
- Gigantesco, A., Vittorielli, M., Pioli, R., Falloon, I. R., Rossi, G., & Morosini, P. (2006). Special Section: A Memorial Tribute: The VADO Approach in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 57(12), 1778-83.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday.
- Hogeschool InHolland (2015). *De gezonde samenleving. Inspiratievisie, domein, gezondheid, sport en welzijn*. Amsterdam: Hogeschool InHolland.
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalization and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Academisch proefschrift Universiteit Maastricht.
- Jochems, E. C., Duivenvoorden, H. J., van Dam, A., Mulder, C. L., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2018). Testing the Integral Model of treatment motivation in outpatients with severe mental illness. *Motivation and Emotion*, 4(6), 816-830.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Kenniscentrum Phrenos (2018). Geraadpleegd van <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/kennisconsortium-destigmatisering-en-sociale-inclusie/>.
- Koekkoek, B. (2017). *Verward in Nederland. Hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen*. Houten: Lannoo Campus.
- Koomen, L. (2019). Levens verlengen met beweeg-app. Geraadpleegd van: <https://steunmijnonderzoek.hartstichting.nl/project/koomen/>.
- Kole, M. & B. Rousseau. (2017). Persoonlijk herstel en empowerment. In: J.W. van Zutphen, F. Kroon, Ch. Wunderink, J. van Weeghel, S. van Rooijen (eds.), *Ondersteuning van psychisch kwetsbare mensen. In ambulante begeleiding en beschermd wonen* (pp. 72-83). Amsterdam: SWP.
- Korevaar, L., & J. Dröes (2011). *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Korevaar, L. & Wester, F. (2013). *Eindrapport 2009-2012. WMO-werkplaats*. Groningen: WMO- werkplaats Groningen en Drenthe.
- Korevaar, L., Kroes, J., & Kuik, S. (2016). Interdisciplinaire samenwerking in de wijk: de T-shaped professional. In: J. P. Wilken en A. M. van Bergen (red.), *Handboek werken in de wijk* (pp. 89-99). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Kortrijk, H. E., Mulder, N. L., Kamperman, A. M., & van Weeghel, J. (2018). Employment Rates in Flexible Assertive Community Treatment Teams in The Netherlands: An Observational Study. *Community Mental Health Journal*, 5(2), 350-359.
- Kortrijk, H. E., Mulder, C. L., van der Gaag, M., & Wiersma, D. (2012). Symptomatic and functional remission and its associations with quality of life in patients with psychotic disorder in Assertive Community Treatment teams. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1174-1180.
- Kroon, H. (2018). *Psychiatrie en samenleving: zoeken naar verbinding*. Oratie. Tilburg: TRANZO, Tilburg University.
- Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., van Erp, N., Hulsbosch, L., de Lange, A., & Boumans, J. (2019). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Kwakernaak, S., Swildens, W. E., Theunissen, J. R., de Valk, G. G. J., Cahn, W., & Janssen, R. T. J. M. (2019). Regionale zorgvignetten en verschillen in zorgbehoeften en functioneren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(5), 305-316.
- Kwakernaak, S., Swildens, W. E., van Wel, T. F., & Janssen, R. T. J. M. (2019). Symptomatic and Functional Remission in Young Adults with a Psychotic Disorder in a Rehabilitation Focused Team. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00512-7>.
- Leamy, M., Bird, V., Le Bouthillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Leeman, E., Bähler, M., Bovenberg, F., Dorleijn, M., van Goor, L., Kreuger, T., Kroon, H., & Mulder, N. (2017). *Praktijkboek resourcegoepen. Herstellen doe je samen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Linders, L. (2019). *Op zoek naar houvast. Empowerment als handelingskader in de praktijk van zorg en welzijn*. Lectorale rede. Haarlem; Hogeschool Inholland.
- Lodder, M., Schrijvers, A., de Leeuw, J., Brouwer, R., & Cahn, W. (2019). Community housing: functional outcome of severe mental illness is associated with the personality traits of the case manager. *Housing, Care and Support*, 22(2), 106-113.
- May, A.M. & J. Mathijssen (2015). Alternatieven voor RCT bij de evaluatie van effectiviteit van interventies? Eindrapportage. ZonMw.
- Mezzina, R. (2014). Community Mental Health Care in Trieste and Beyond. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 440-445.
- Michon, H., van Busschbach, J. T., Stant, A.D., van Vugt, M. D., van Weeghel, J., & Kroon, H. (2014). Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 129-136.
- Mulder, C. L., van Weeghel, J., Wiersma, A., Zoeteman, J., & Schene, A. (2017). Expertise van de ggz in de frontlinie bij de zorg voor personen met verward gedrag ofwel met acute (zorg)nood. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 59(9), 537-545.
- Muusse C., & Rooijen, S. van (2015). *Freedom First, een onderzoek naar de ervaringen met wijkgerichte ggz-zorg in Triëst, Italië en de betekenis hiervan voor Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nórdén, T., Eriksson, A., Kjellgren, A., & Norlander, T. (2012). Involving clients and their relatives and friends in psychiatric care: Case managers' experiences of training in resource group assertive community treatment. *PsyCh Journal*, 1(1), 15-27.
- Nugter, M.A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & van Veldhuizen, R. (2015). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 898-907.
- Projectgroep Plan van aanpak ernstige psychische aandoeningen (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.
- Razzaque, R., & Stockmann, T. (2016). An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *BJPsychiatry Advances*, 22, 348-356.
- Sanches, S. A., van Busschbach, J. T., Michon, H. W. C., van Weeghel, J., & Swildens, W. E. (2018). The Role of Working Alliance in Attainment of Personal Goals and Improvement in Quality of Life During Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, 69(8), 903-909.
- Sanches, S. A., Swildens, W. E., van Busschbach, J. T., & van Weeghel, J. (2019). Identifying social participation subgroups of individuals with severe mental illnesses: a latent class analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(9), 1067-1077.
- Sanches, S. A., Swildens, W. E., van Busschbach, J. T., Stant, A. D., Feenstra, T. L., & van Weeghel, J. (2015). Cost effectiveness and budgetary impact of the Boston University approach to Psychiatric Rehabilitation for societal participation in people with severe mental illness: a randomised controlled trial protocol. *BMC Psychiatry*, 15(1). doi.org/10.1186/s12888-015-0593-8.
- Sanches, S. A., Swildens, W. E., Schaefer, B., Moerbeek, M., Feenstra, T. L., van Asselt, A. D. I., Danner, U.N., van Weeghel, J., & van Busschbach, J. T. (2020). Rehabilitation for social participation in individuals with severe mental illnesses: a randomized controlled trial. *Front. Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.571640>.

- Scheepers, F. (2018). *Innovatie in de GGZ beginnen met een beschreven lei*. Oratie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, C. J., Winarski, J., & Cohen M. (2000). Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1873-1878.
- Soundy, A., Stubbs, B., Roskell, C., Williams, S. E., Fox, A., & Vancampfort, D. (2015). Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of Mental Health*, 24(2), 103-110.
- Stavenuiter, B. (2019). Triadisch werken: de onmisbare rol van de familie. In: W. Cahn, I. Myin-Germeyns, R. Bruggeman, L. de Haan (red.), *Handboek schizofreniespectrum* (21-46). Tweede herziene druk. Amsterdam: Boom - de Tijdstroom.
- Straalman, J., Swildens, W.E., Braam, A.W. (manuscript). *Andere cultuur, andere behoefte bij ernstige psychische aandoeningen. Verschillen in zorgbehoefte tussen westerse patiënten en patiënten met een niet westerse migratieachtergrond in Utrecht*.
- Stiekema, A. P. M., Islam, M. A., Liemburg, E. J., Castelein, S., van den Heuvel, E. R., van Weeghel, J., ... van der Meer, L. (2018). Long-term course of negative symptom subdomains and relationship with outcome in patients with a psychotic disorder. *Schizophrenia Research*, 193, 173-181.
- Stein L. I., & Test, M. A. (1980). An alternative to mental health treatment. I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392-397.
- Swildens, W. E. (1995). *Zorg voor werk en dagbesteding. Een onderzoek naar een regionale aanpak voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Academisch proefschrift. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Swildens, W., Termorshuizen, F., de Ridder, A., Smeets, H., & Engelhard, I. M. (2015). Somatic Care with a Psychotic Disorder. Lower Somatic Health Care Utilization of Patients with a Psychotic Disorder Compared to Other Patient Groups and to Controls Without a Psychiatric Diagnosis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(5), 650-662.
- Swildens, W. E., van Keijzerswaard, A. J., van Wel, T., de Valk, G. & Valenkamp, M. (2003). Individuele Rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten. Een open studie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45(1), 15-26.
- Swildens, W., van Busschbach, J. T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M. W. J., Wiersma, D., & van Os, J. (2011). Effectively Working on Rehabilitation Goals: 24-Month Outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 751-760.
- Swildens, W. E., Nugter, A., Schaefer, B., & Visser, E. (2017). *De integrale Herstel Schaal (IHS), validering van een nieuw instrument voor Routine Outcome Monitoring bij mensen met Ernstige Psychische Aandoeningen*. Paper gepresenteerd op het 13e Landelijke Psychocongres, Zwolle.
- Swildens, W., van Waardenburg, Jumelet, H., V., Meijel, B. van, Gobbens, R., Cummins, R., Linders, L., Nugter, A., Overdijk, M., de Wit, J. (2019). Leernetwerk herstelgerichte ggz in de wijk. Geraadpleegd van: ZonMw actieprogramma-lokale-initiatieven-mensen-met-verward-gedrag.
- Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht (2015). *Volwaardig Burgerschap en Psychiatrie*. Utrecht: Taskforce EPA.
- Tjaden, C. D., Mulder, C. L., van Weeghel, J., Delespaul, P., Keet, R., Castelein, S., ... Kroon, H. (2019). The resource group method in severe mental illness: study protocol for a randomized controlled trial and a qualitative multiple case study. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0270-2>.
- Van Busschbach, J., & Wiersma, D. (2002). Does rehabilitation meet the needs of care and improve the quality of life of patients with schizophrenia or other chronic mental disorders? *Community Mental Health Journal*, 38(1), 61-70.
- Van Gestel-Timmermans, J. A. W. M. (2011). *Recovery is up to you: Evaluation of a peer-run course*. Academisch proefschrift. Ridderkerk: Ridderprint.

- Van der Krieke, L. (2017). E-mental health. In: J. W. van Zutphen, F. Kroon, Ch. Wunderink, J. van Weeghel, & S. van Rooijen (reds.), *Ondersteuning van psychisch kwetsbare mensen in ambulante begeleiding en beschermd wonen* (pp. 250-264). Amsterdam: SWP.
- Van den Bosch, S. & Giessen, MJ (2017). *Rapport over het terugbrengen van de tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden*. Utrecht: Berenschot.
- Van Meijel, B., Gamel, C., Van Swieten-Duijfjes, B., & Grypdonck, M. H. F. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 84-92.
- Van Meijel, B., van Hamersveld, S., van Gool, R., van der Bijl, J., & van Harten, P. (2014). Effects and Feasibility of the "Traffic Light Method for Somatic Screening and Lifestyle" in Patients With Severe Mental Illness: A Pilot Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(2), 106-113.
- Van Meijel, B., Kruitwagen, C., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. H. F. (2006). An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients With Schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 42-49.
- Van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek High en intensive care in de psychiatrie*. Amsterdam: Boom.
- Van Os, J., Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helldin, L., ... Kane, J.M. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(2), 91-95.
- Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(4), 22-42.
- Van Rijswijk, D., Kuipers, A., Theunissen, S., & Swildens, W.E. (2019). *The patient experience with integrated community treatment provided in their direct neighborhood: A qualitative study (poster presentation)*. 13th ENMESH conference, Lissabon, 6-8 June.
- Van Veldhuizen, R., Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (red). (2015). *Handboek (Flexible) ACT. Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen* (2e geh. herz. druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Vugt, M.D., Kroon, H., Delespaul, P.A.E.G., Dreef, F. G., Nugter, A., Roosenschoon, B.-J., ... Mulder, C. L. (2011). Assertive Community Treatment in the Netherlands: Outcome and Model Fidelity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(3), 154-160.
- Van Vugt, M., Mulder, C.L., Bähler, M., Delespaul, P., Westen, K., & Kroon, H. (2018). Modelgetrouwheid van flexibele assertie community treatment (F-ACT)-teams: resultaten van vijf jaar auditeren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(7), 441-448.
- Van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169-181.
- Van Weeghel, J., Pijnenborg, M., van 't Veer, J., & Kienhorst, G. (reds.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van Weeghel, J., & J. Dröes (1999). Problemen in perspectief. *Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54(1), 150-165.
- Van Zaalen, Y., Deckers, S., & Schuman, H. (2018). *Handboek interprofessionele samenwerking in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Vektis (2019). Geraadpleegd van: <https://www.vektis.nl/actueel/zicht-op-de-ggz-patronen-in-de-regio-met-de-gemeentezorgspiegel>. Gepubliceerd op 28/02/2019.
- Whitley, R., Shepherd, G., & Slade, M. (2019). Recovery colleges as a mental health innovation. *World Psychiatry*, 18(2), 141-142.
- Wiersma, D., Visser, E., Bähler, M., Bruggeman, R., Delespaul, P.A., van der Gaag, M., de Haan, L., Keet, I.P.M. Nijssen, Y. van Os, J., Pijnenborg, G.H.M., Slooff, C., Swildens, W., de Vos, A.E., van Weeghel, J., Wunderink, L., & Mulder, C. L. (2015). Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening; psychometrische eigenschappen van een nieuw ROM-instrument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(6), 395-404.
- WHO (world health organization) (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: WHO Press.
- WHO-FIC Collaborating Centre (2018). *ICF, Nederlandse vertaling van International Classification of Functioning, Disability and Health*.



Personalia

dr. Wilma Swildens is sociaal wetenschapper (andragoloog) en sinds oktober 2018 als bijzonder lector 'Interprofessionele zorg in de GGZ', verbonden aan Hogeschool Inholland bij het domein Gezondheid, Sport en Welzijn, cluster Nursing. Dit lectoraat is ingesteld vanwege Altrecht GGZ waar Wilma Swildens tevens werkzaam is als senior onderzoeker en manager van de afdeling Zorgmonitoring en onderzoek bij ernstige psychische aandoeningen. In 1995 promoveerde zij op een proefschrift over Arbeidsrehabilitatie en dagbesteding voor mensen met een psychiatrische achtergrond. In 2008 zette zij bij Altrecht de Utrechtse zorgmonitor op waarmee jaarlijks bij cliënten informatie wordt verzameld over hun leefsituatie en veranderingen in hun zorgbehoeften, functioneren, kwaliteit van leven en herstel. Thema's waarop Wilma Swildens onderzoek doet zijn: de afstemming tussen de zorgbehoeften van cliënten en de aangeboden zorg; de ondersteuning van cliënten bij maatschappelijke participatie en bij het realiseren van individuele doelen op het gebied van wonen, werk/activiteiten en sociale contacten (rehabilitatie); uitkomsten van zorg op het gebied van functioneren, leefstijl, kwaliteit van leven en herstel (persoonlijk, maatschappelijk, klinisch). Sinds enkele jaren doet zij tevens onderzoek naar de ervaringen van cliënten, hun naasten en professionals met wijk- of gebiedsgerichte zorg en de uitkomsten hiervan bij cliënten.



