

Herstelondersteuning

1. Inleiding

1.1. Algemeen

Psychische aandoeningen hebben invloed op de identiteit, het zelfbeeld en zelfvertrouwen van een persoon. Doorgaans hebben ze ingrijpende gevolgen voor de sociale relaties en rollen van mensen. Herstel van een psychische aandoening is dus niet alleen verbonden met vermindering van ziekteverschijnselen, maar ook met herstel van identiteit, zelfbeeld en zelfvertrouwen en met herstel van sociale relaties en rollen. Over de ondersteuning van dát herstel gaat deze generieke module.

Generieke module Herstelondersteunende zorg

Psychische aandoeningen hebben invloed op de identiteit, het zelfbeeld en zelfvertrouwen van een persoon. Doorgaans hebben ze ingrijpende gevolgen voor de sociale relaties en rollen van mensen. Herstel van een psychische aandoening is dus niet alleen verbonden met vermindering van ziekteverschijnselen, maar ook met herstel van identiteit, zelfbeeld en zelfvertrouwen en met herstel van sociale relaties en rollen. Over de ondersteuning van dát herstel gaat deze generieke module.

1.1.1. Visie op herstel

Voor herstel bestaat nog geen afgebakende definitie, juist omdat het begrip gekoppeld is aan een subjectieve ervaring. Een veel gehanteerde definitie is die van Anthony (1993), waarbij herstel wordt gezien als 'een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven'.

Bron: Anthony, 1993.

De mogelijkheden en krachten van de mens staan centraal. Herstel impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden en beperkingen en ontwikkeling van de eigen identiteit naar burgerschap. Deze omschrijving sluit goed aan bij een nieuwe definitie van gezondheid: gezondheid wordt niet langer gezien als een toestand van compleet welbevinden (zoals in de definitie die de WHO nog hanteert), maar als 'het vermogen zich aan te passen en zelf regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Hierbij worden zes domeinen van gezondheid onderscheiden: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie, en dagelijks functioneren.

Bron: Huber, 2014.

1.1.2. Wending naar herstel

Er is nog geen scherp beeld van wat maakt dat herstel plaatsvindt. Soms kunnen we achteraf constateren dat bepaalde dingen ondersteunend zijn geweest, maar hoe de wending naar herstel precies tot stand komt is waarschijnlijk per persoon verschillend. Dit vloeit logisch voort uit het subjectieve karakter van herstel. Mogelijkerwijs is een factor: het lang genoeg verdragen van onzekerheid over het vervolg van de aandoening en de gevolgen daarvan door de persoon en door diens naasten of ondersteuners. Misschien leidt het verdragen van die onzekerheid tot toe-eigening van de situatie door de persoon en daarmee van hoop op de

mogelijkheid van zelf geregisseerde verandering. Het kunnen verdragen van onzekerheid vraagt om tijd en ruimte.

1.1.3. Kader voor herstel

Langzamerhand ontwikkelt zich steeds meer een kader voor herstel waarin individuele processen te vangen zijn. De uitgebreide overzichtsstudie

Bron: Leamy et al., 2011.

waarin 97 onderzoeken naar herstelprocessen van mensen met psychische aandoeningen zijn geanalyseerd, biedt een mooi conceptueel kader: CHIME. Dit staat voor Connectedness (verbondenheid met anderen), Hope (hoop), Identity (identiteit), Meaning to life (betekenisgeving) en Empowerment (grip op het eigen leven).

- **Verbondenheid met anderen:** verbondenheid is een belangrijk aspect van het leven, en dus ook van herstel. Het gaat om verbondenheid met familieleden, burens, vrienden, collega's enzovoort. Die verbondenheid ervaren sommigen vooral in contacten met mensen die vergelijkbare ervaringen hebben gehad. Het delen van die ervaringen plaatst het eigen levensverhaal niet alleen in perspectief, maar geeft ook de ervaring dat het levensverhaal en de eigen ervaringen waardevol zijn. Verbondenheid met anderen gaat echter niet alleen over contacten met lotgenoten en naasten, het gaat ook over meedoen in de samenleving, net als andere burgers, maar zonder de persoonlijke kwetsbaarheden te hoeven verstoppen. Het gaat om 'volwaardig burgerschap', waarbij mensen ervaren dat zij op basis van hun eigen, unieke inbreng geaccepteerd en erkend worden als waardevol lid van de samenleving.
- **Hoop:** kenmerkend voor herstel is het doorbreken van stilstand. Wat tot stilstand was gekomen, komt weer in beweging en daaruit kunnen ook weer perspectief en hoop ontstaan. De grenzen die door de eigen psychische kwetsbaarheden worden opgelegd, worden niet meer als vanzelfsprekend geaccepteerd. Dát die grenzen er zijn wordt erkend en wordt vaak nog dagelijks ervaren. Maar men is minder bang om te verkennen waar die grenzen precies liggen en tot waar ze kunnen worden opgerekt. Volgens sommigen zijn perspectief en hoop hierom de meest essentiële elementen van herstelprocessen.
- **Identiteit:** hernieuwde betekenisgeving aan eigen klachten, kwetsbaarheden en problemen gaat vaak samen met een proces waarbij achter de identiteit van de 'psychiatrische patiënt' (het zelfbeeld en voor sommigen ook de bijbehorende schaamte) weer een unieke persoon tevoorschijn komt, nog steeds met kwetsbaarheden maar ook met een uniek verhaal en persoonlijke aspiraties. Door de herdefiniëring ontstaat ruimte voor een ander, genuanceerder en positiever zelfbeeld. Daarmee ontstaan ook weer nieuwe mogelijkheden en aspiraties tot het (opnieuw) ontwikkelen van vaardigheden en rollen, het weer oppakken van betekenisvolle relaties en het heroriënteren op persoonlijke wensen en doelen. Benadrukt wordt dat kwetsbaar zijn en opnieuw zin geven aan het eigen leven, hand in hand kunnen gaan, zolang zowel kwetsbaarheden als mogelijkheden en talenten worden erkend.
- **Betekenisgeving:** hierbij gaat het om betekenis te geven aan de eigen psychische of verslavingsproblemen, aan gebeurtenissen in het eigen leven, aan de relaties daartussen en aan de manier waarop dit heeft geleid tot de huidige situatie. In herstelverhalen van mensen met psychische of verslavingsproblemen valt op dat de aandoening vaak in een nieuw licht is komen te staan. Aan eerdere levensgebeurtenissen worden nieuwe betekenissen toegekend. De problematiek wordt niet meer zozeer beschouwd als een op zichzelf staand kenmerk van de persoon, maar raakt meer geïntegreerd in het levensverhaal. Daarbij worden de beperkingen die de aandoening veroorzaakt niet ontkend; wel krijgen zij een andere plaats in het levensverhaal en in het leven van betrokkenen. In persoonlijke verhalen van mensen met psychische of verslavingsproblemen wordt aangegeven hoe de bron van het eigen lijden soms ook tot een bron van kracht en eigenwaarde kan worden. Hierdoor kan het ontrafelen en interpreteren van het eigen levensverhaal een belangrijke stimulans zijn van het herstelproces.
- **Grip op het eigen leven:** bij herstel gaat het ook om het doorbreken van de ervaring overgeleverd te zijn aan de aandoening en aan anderen die taken en rollen hebben overgenomen die men zelf niet (meer) kan vervullen. Mensen hervinden vaak weer een zekere grip op het eigen leven. De ervaring zelf keuzen te kunnen maken keert terug. Die zelfbeschikking wordt vervolgens ook weer een bron van kracht en eigenwaarde. Groei

leidt tot regie en controle; regie en controle tot groei. Juist die wisselwerking biedt de grond van waaruit men gevoelens van hopeloosheid, het verlies van een betekenisvolle identiteit, verbondenheid, rollen en kansen, kan overstijgen.

1.1.4. Vergelijkbare herstelprocessen in de verslavingszorg

Dit kader komt grotendeels overeen met de centrale herstelprocessen die in de verslavingszorg worden gehanteerd.

Bron: Gebaseerd op Andresen et al., 2011.

Het gaat om:

1. het vinden en handhaven van hoop;
2. zelf verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid en welzijn;
3. een positieve identiteit vormen;
4. de zin in en van het leven te vinden.

De meeste aspecten zijn overigens niet alleen van toepassing op mensen met (ernstige) psychische aandoeningen, maar gelden – in meer of mindere mate - voor ieder mens. Daarnaast is het zo dat niet ieder aspect voor iedereen even belangrijk is; zo zal de ene persoon veel behoefte hebben om verbondenheid met anderen te voelen, terwijl dit voor een ander wellicht minder belangrijk is.

1.1.5. Ervaringskennis en empowerment

Mensen die een herstelproces doormaken doen daarbij persoonlijke ervaringen op over wat helpt, wat hindert en over de veranderende betekenis van hun belevenissen en gewaarwordingen. Elke herstellende doet - deels benoembaar en deels onbenoembaar - ervaringskennis op die hij in zijn verdere herstelproces gebruikt. Door zijn ervaringen met dit proces te delen met anderen en te leren gebruiken ten behoeve van het herstel van personen of het herstelondersteunend maken van teams, programma's of instellingen, kan ervaringsdeskundigheid worden opgebouwd.

Het verkrijgen en gebruiken van ervaringskennis hangt nauw samen met empowerment. Empowerment betekent 'in kracht komen'. Er ontstaat een gevoel van kracht om mogelijkheden te ontplooiën waar dat eerst ontbrak. Individueel empowerment kan ondersteund worden door een proces van collectieve emancipatie.

Bron: Boumans, 2015.

Mensen die op grond van bepaalde kenmerken uitgesloten worden, komen samen op voor meer ruimte en een betere positie in de samenleving.

1.1.6. Rol van ggz-professionals

Ggz-professionals kunnen empowerment ondersteunen door zich meer te richten op (het ondersteunen bij) de opbouw van een leven met werk, relaties en hobby's. Bij herstelondersteunende zorg staat ondersteuning op deze levensgebieden niet los van behandeling maar maakt er een integraal onderdeel van uit. Daarnaast kan de ggz bijdragen aan empowerment door mensen met psychische aandoeningen te betrekken bij de zorg en te stimuleren eigen producten of methodieken te ontwikkelen die in samenhang met de reguliere zorg kunnen worden toegepast.

Bron: Van Erp et al., 2015.

Verder zijn empowerment en het ondersteunen bij herstel van sociale relaties en rollen ook kerntaken van het sociaal werk.

1.1.7. Aspecten van herstel

In Nederland bestaan verschillende opvattingen over aspecten van herstel. In veel gevallen worden de volgende drie aspecten onderscheiden: herstel van symptomen, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel. Sommigen voegen hier nog een aspect aan toe, zoals 'herstel van het dagelijks leven'

Bron: Droes, 2010

of 'functioneel herstel'.

Bron: Van der Stel, 2012.

Bij functioneel herstel gaat het om het lichamelijke, psychische en sociale functioneren opdat de betrokkene weer de voor hem of haar relevante rollen kan vervullen.

Bron: Van der Stel & Van Gool, 2013.

Van der Stel omschrijft functioneel herstel als volgt: {Onder functioneel herstel versta ik in dit verband: het herstel van psychische functies die als gevolg van de aandoening zijn verminderd of aangetast of niet goed zijn ontwikkeld. Ik duid hier in het bijzonder op de hogere, executieve functies zoals zelfbeheersing, kunnen maken van plannen, zichzelf kunnen motiveren, de zelfspraak et cetera.}

Bron: Van der Stel, 2015.

Bij al deze aspecten kunnen het 'wat' en het 'hoe' worden onderscheiden. In de professionele hulpverlening is vooral het 'wat' van de hulp belangrijk ('welke interventie zetten we in'), het patiënten- en familieperspectief legt sterk de nadruk op het belang van 'hoe' de zorg wordt verleend, bijvoorbeeld: voelt de patiënt zich behandeld als een persoon met een eigen verhaal, eigen kracht en eigen ervaringskennis? De nadruk op het 'hoe' geeft ruimte aan de explorerende en procesgerichte zelfhulpbenadering van de herstelbeweging.

Bron: Plooy & Dröes, 2011; LPGGz, 2015.

De focus in deze module ligt op maatschappelijk en persoonlijk herstel. Klinisch herstel komt in de zorgstandaarden aan de orde; deze module behandelt wel het 'hoe' van klinisch herstel. Deze gaat niet afzonderlijk in op functioneel herstel omdat we het herstel van functies als onderdeel van behandeling (klinisch herstel) en rehabilitatie (maatschappelijk herstel) beschouwen.

1.1.8. Begrippen en definities

Onder persoonlijk herstel verstaan we in de eerste plaats het hervinden van een eigen, persoonlijke identiteit en van een hernieuwde betekenisgeving aan de eigen psychische klachten en het eigen levensverhaal. Daarnaast gaat het om het hervinden van perspectief, hoop en grip op het eigen leven en op het hervinden van

verbondenheid met anderen.

Onder maatschappelijk herstel verstaan we herstel van het dagelijkse, sociale en maatschappelijke functioneren en het ontwikkelen of hernemen van sociale en maatschappelijke rollen, zowel in de beperkte kring van lotgenoten, familie en vrienden als in de bredere context van werk, studie en vrije tijdsbesteding. Bij maatschappelijk herstel gaat het niet alleen om persoonlijke ondersteuning, maar ook om de verbetering van de maatschappelijke positie van de betrokkenen: om sociale inclusie en om vermindering van stigma, discriminatie en uitsluiting. Hierbij is het nemen van risico's soms onvermijdelijk. Zo stelde Deegan (1988) dat mensen met beperkingen actieve en moedige participanten in hun eigen hersteltraject moeten zijn, omdat dit anders zal mislukken.

Bron: Deegan, 1988.

De cliëntenbeweging in de Verenigde Staten introduceerde het begrip 'the dignity of risk': ook mensen met (ernstige) beperkingen hebben het recht om risico's te nemen, mits deze risico's redelijk en acceptabel zijn. Dit is in de praktijk vaak niet eenvoudig, omdat de meningen over wat acceptabele risico's zijn, nogal kunnen verschillen tussen cliënten, naasten en zorgverleners.

1.1.9. Wat is herstelondersteuning?

Herstelondersteuning is het ondersteunen van individuele en dus unieke herstelprocessen door naasten, lotgenoten, ervaringsdeskundigen en professionals. Herstelondersteuning beoogt ruimte te geven aan het persoonlijke en maatschappelijke herstelproces van mensen met psychische of verslavingsproblemen, zowel binnen de ggz als in het sociale netwerk en het maatschappelijke domein. Ondersteunen bij herstel impliceert dat op een andere manier dan nu gangbaar is binnen de ggz aandacht wordt gegeven aan mensen met psychische en verslavingsproblemen. Hierbij vormen de wensen, behoeften en mogelijkheden van de persoon zelf het vertrekpunt en de begeleiding en behandeling sluit erop aan. De directe omgeving en alle hulpverlening binnen de ggz en het sociale domein moeten ten dienste staan van het individuele herstelproces van de persoon in kwestie.

1.1.10. Basishouding van professional of ondersteuner

Herstelondersteuning is hiermee in de eerste plaats een kwestie van de rol en de basishouding van de professional, dan wel ieder ander persoon die ondersteuning biedt. De basishouding van de professional is die van betrokken ondersteuner of coach, die indien nodig intervenieert (zie ook [de generieke module Zelfmanagement](#)). Persoonlijke betrokkenheid, compassie, empathie, nabijheid en trouw zijn hierbij cruciale elementen, evenals reflectie op het eigen handelen.

Bron: Baart, 2001.

De leefwereld, het levensverhaal, de wensen en de prioriteiten van de patiënt zijn leidend, evenals de eigen krachten en eigen ervaringsdeskundigheid en hulpbronnen in de directe omgeving. Kenmerkend voor herstelondersteuning is een gelijkwaardige relatie tussen zorgverlener en patiënt. Het voorkómen van machtsongelijkheid en onnodige afhankelijkheidsrelaties vergt daarbij blijvende aandacht.

Dit betekent dat ook van de zijde van de professional persoonlijke ervaringen (self-disclosure), inschattingen en vaardigheden meer dan in de huidige of bestaande vormen van hulpverlening op de voorgrond komen te staan. Een proces van continue reflectie kan zorgen voor een verbinding tussen waarden en praktijk. Hierbij gaat het niet alleen om opvattingen over wat goede zorg is, maar ook om een bewustzijn van de fundamentele burgerrechten die hierbij centraal staan: het recht op vrijheid, het recht op een waardevolle rol in de samenleving, het recht op gelijkwaardigheid en het recht om risico's te nemen.

Bron: Muusse & Van Rooijen, 2015.

1.1.11. Organisatie herstelondersteuning

Het belangrijkste dat organisaties kunnen doen is herstelprocessen faciliteren. Maar dit faciliteren heeft diepgaande gevolgen voor de inrichting van deze organisaties. In [Organisatie van herstelondersteunende zorg](#) worden de thema's van faciliteren nader uitgewerkt.

1. Patiënten en professionals moeten (gaan) leren denken in termen van herstel. De vorming van een gedeelde visie is de basis voor verandering in denken en attitude. Wanneer er onvoldoende begrip is van herstel mist herstelondersteuning zijn doel.
2. Organisaties dienen ruimte te scheppen voor het individuele herstelproces. Dit begint al bij de toegang van zorg, door het mogelijk maken van keuzes door patiënten voor de individueel best passende zorg (bijvoorbeeld face-to-face, eHealth, blended care) en voor een goede match met professionals. Maar vervolgens gaat het ook om ruimte om keuzes te kunnen maken met betrekking tot de richting en de snelheid van het persoonlijke herstelproces.
3. Ruimte maken voor maatschappelijk herstel vereist dat het team of de instelling werkt in het bredere verband van een sociaal netwerk. Nog altijd raken patiënten losgeweekt van hun omgeving, omdat zij behandeld worden in een instelling. Nu er een ontwikkeling in de ggz gaande is om dichterbij huis te behandelen, is samenwerking met het directe netwerk van de patiënt des te noodzakelijker.
4. De hele organisatie van de zorg moet dienstbaar en ondersteunend gemaakt worden aan wat patiënten nodig hebben voor hun herstel. Dat betekent dat de principes van herstelondersteuning terugkomen in werkprocedures, opleiding en personeelsbeleid. Een brede inzet van ervaringsdeskundigheid op alle niveaus van de organisatie kan helpen om een herstelgerichte cultuur te vestigen en in stand te houden.

1.1.12. Kern van de omslag naar herstelondersteuning

Het medische denkmodel ligt aan de basis van de wijze waarop lange tijd gewerkt is in de gezondheidszorg en in mindere mate binnen het sociale domein. Het draagt ertoe bij dat de complexiteit van psychische en verslavingsproblematiek niet altijd voldoende wordt onderkend; dat de patiënt soms te snel wordt gereduceerd tot zijn 'ziekte'; dat er te weinig oog is voor de verwevenheid met vraagstukken van identiteit, betekenisgeving, hoop, perspectief; dat er te weinig oog is voor de wensen en eigen ervaringen van patiënten en voor ondersteuning bij participatie.

Sinds enkele jaren is op alle niveaus een verschuiving merkbaar in het 'oude paradigma' van de ggz. Oude waarden gaan niet overboord, maar komen in een ander, meer subjectief perspectief te staan. Het subjectieve perspectief houdt voor herstelondersteuning in de eerste plaats in: luisteren, vragen, proberen te begrijpen en samen zoeken naar wat nu nodig is. Hiermee wordt het perspectief van de persoon zelf leidend. Dit laat zich niet afbakenen door classificaties en andere professionele kaders. De categorale betekenis van symptomen maakt ruimte voor de persoonlijke betekenis van symptomen. De objectieve, professionele kennis is hierin zeker niet overbodig, maar komt pas goed tot zijn recht als ze - flexibel ingezet - in het individuele leven betekenis kan krijgen.

De persoon bepaalt bij herstel in principe zelf hoe hij zijn situatie benoemt, wat voor hem herstel is en wat hij nodig heeft om dat te bereiken. Hierdoor is de herstellende een persoon met initiatief, eigen kracht en eigen regie. De professionele en wetenschappelijke kennis is onverkort van belang en relevant en wordt ingezet ter ondersteuning van het herstelproces.

1.2. Doelstelling

Deze generieke module geeft handvatten aan alle actoren die een rol spelen bij het persoonlijk en

maatschappelijk herstel van patiënten met (ernstige) psychische aandoeningen: patiënten zelf, informele steungevers (naasten en vrijwilligers), ervaringsdeskundigen, sociaal werkers en zorgverleners. Daarnaast biedt de module handreikingen voor de organisatie van herstelondersteuning, zoals de visie, randvoorwaarden en samenwerking binnen de ggz en verslavingszorg en daarbuiten (sociale domein).

Pasklare antwoorden zijn er niet. Professionals, informele ondersteuners, teams en organisaties zullen zelf de visie en aanbevelingen – op hoofdlijnen – moeten vertalen naar concrete actiepunten in hun eigen praktijk. Zij kunnen hierbij gebruikmaken van de handreikingen, werkboeken en websites die in de samenvattingskaarten vermeld staan.

De module sluit aan bij – en is relevant voor – een groot aantal stoornisspecifieke zorgstandaarden, zoals [Psychose](#), [Persoonlijkheidsstoornissen](#), [Bipolaire stoornissen](#), [Depressieve stoornissen](#), [Angstklachten en angststoornissen](#), [Autisme](#), [Opiaatverslaving](#) en [Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving](#). Gezien de raakvlakken met andere generieke modules heeft nauwe afstemming plaatsgevonden met de generieke modules [Destigmatisering](#), [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#), [Zelfmanagement](#), [Daginvulling en Participatie](#) en [Ernstige psychische aandoeningen](#).

1.3. Doelgroepen

De module richt zich op mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en/of verslavingsproblematiek, ervaringsdeskundigen, informele steungevers (naasten en vrijwilligers), zorg- en welzijnsprofessionals en managers. De module richt zich vooral op de doelgroep mensen met een ernstige psychische aandoening. Maar ook mensen met lichtere psychische problematiek kunnen baat hebben bij deze module, omdat ook zij ontwrichtende ervaringen kunnen hebben meegemaakt waardoor zij ernstige beperkingen ervaren op het gebied van sociale rollen en relaties. Bijvoorbeeld wanneer de psychische problemen gepaard gaan met lichamelijke beperkingen of schuldenproblematiek.

1.4. Implementatie

De implementatie en het gebruik van deze module is setting afhankelijk. Veel van de adviezen zijn makkelijker te implementeren binnen instellingen dan bij vrijgevestigden. Een voorbeeld hiervan is de inzet van ervaringsdeskundigen. Vrijgevestigden kunnen ondersteuning bieden in de toeleiding naar lotgenoten of ervaringsdeskundigheid, maar niet aan de zelfstandige inzet van ervaringsdeskundigheid. Voor vrijgevestigden zijn de adviezen van toepassing die in redelijkheid kunnen worden uitgevoerd binnen de individuele behandelrelatie (met name ten aanzien van zelfstigma en bejegening) en die bijdragen aan de versterking van het voorkómen van stigmatisering en uitsluiting (weerbaarheid tegen stigma).

Een bewuste keuze voor een passend advies sluit daarmee volledig aan bij de geest van deze module: de ontwikkeling van een zorgcultuur waarin stigmatisering voorkomen kan worden. Ook (meet)instrumenten bedoeld voor grotere organisaties zoals de ROPI of therapievormen gericht op begeleiding naar woning, werk, sport en relaties worden niet door vrijgevestigden uitgevoerd.

1.5. Uitgangspunten

De inhoud van deze generieke module is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur (systematische literatuurreview, kwalitatieve studies) en kennis uit de praktijk (focusgroepen, overwegingen werkgroep). Daarnaast zijn beleidsnotities, de databank Interventies langdurige ggz, grijze literatuur (publicaties die niet in gerefereerde tijdschriften zijn verschenen) en sleutelpublicaties op het terrein van herstelondersteuning en inzet van ervaringsdeskundigheid gebruikt.

De module is ontwikkeld aan de hand van drie thema's die zijn uitgewerkt in zes uitgangsvragen. Voor elke uitgangsvraag zijn de gebruikte methoden aangegeven.

1.5.1. Peer support en inzet ervaringsdeskundigheid

1. Wat zijn evidence-based en best practices voor zelfhulp en voor de ondersteuning bij persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en/of verslavingsproblemen onderling en door ervaringsdeskundigen? Methoden: systematische literatuursearch en review (GRADE), kwalitatief onderzoek/grijze literatuur.
2. Wat zijn belangrijke condities voor deze vormen van ondersteuning? Methoden: focusgroep, grijze literatuur, analyse resultaten uit de genoemde search.

1.5.2. Herstelondersteuning door professionals en informele steungevers

1. Wat zijn evidence-based en best practices voor ondersteuning bij persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en/of verslavingsproblemen door zorg- en welzijnsprofessionals en informele steungevers (naasten en vrijwilligers) binnen en buiten de ggz? Methoden: systematische literatuursearch en review (GRADE), kwalitatief onderzoek/grijze literatuur.
2. Wat zijn belangrijke condities voor deze vormen van ondersteuning? Methoden: focusgroep, grijze literatuur en analyse van de resultaten uit de genoemde search.

1.5.3. Randvoorwaarden en organisatie

1. Welke randvoorwaarden zijn van belang voor de organisatie van herstelondersteunende zorg? Methoden: systematische literatuursearch en review, focusgroep, kwalitatief onderzoek/grijze literatuur.
2. Wat zijn relevante randvoorwaarden voor de implementatie en borging van herstelondersteuning? Methoden: grijze literatuur en analyse van de resultaten uit de genoemde search.

De resultaten van de thema's 'Peer support en inzet ervaringsdeskundigheid' en 'Herstelondersteuning door professionals en informele steungevers' zijn grotendeels terug te vinden in Herstelondersteunende zorg. De bevindingen van het thema 'Randvoorwaarden en organisatie' zijn verwerkt in [Organisatie van herstelondersteunende zorg](#).

1.5.4. Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een

implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

2. Patiëntenperspectief

2.1. Inleiding

Om bouwstenen voor zorg vanuit patiënten- en familieperspectief te concretiseren heeft het MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen LPGGz) het visiestuk Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel en de [Basisset Kwaliteitscriteria GGZ](#) opgesteld. Deze documenten vormen de basis voor Patiëntenperspectief.

Basisset Kwaliteitscriteria GGZ

Deze set criteria beschrijft wat mensen met psychische klachten en hun naasten belangrijk vinden als het gaat om kwaliteit van zorg. Vanuit hun perspectief wordt benadrukt dat gezondheid in wezen gaat over veerkracht en vitaliteit. Een mens met psychische klachten wil zijn leven kunnen leiden, binnen de grenzen van zijn mogelijkheden en ondanks ziekten en zorgen. Het gaat om persoonlijke wensen en keuzes over doelen in het leven. Zorg gericht op herstel van gezondheid stelt de wensen en de behoeften van het individu centraal en richt de focus op zelfmanagement en zelfredzaamheid. Het is zorg op basis van de menselijke maat met als motto: zie de mens, niet het etiket.

2.2. Wensen en ervaringen van patiënten

Het doel van de zorg is het bevorderen, behouden en herstellen van de gezondheid van patiënten. Mensen zoeken hulp bij psychische problemen omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid of zich belemmerd voelen in hun functioneren. Gezondheid is geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Huber, 2014.

De nadruk in behandeling en begeleiding ligt op het stimuleren van de eigen kracht en de eigen regie. Het gaat om herstel van de veerkracht en de vitaliteit van mensen, zodat zij weer zo veel mogelijk eigenstandig en zelfstandig hun leven kunnen leiden in hun eigen context en omgeving.

Niemand is perfect en iedereen moet (leren) leven met zijn of haar (on) mogelijkheden, kwetsbaarheden en weerbaarheden en omgaan met de stressoren in het leven. Het onderkennen van en de omgang met de stressoren achter de problemen en het bevorderen van veerkracht en vitaliteit vormen de focus van de behandeling. Doel van de behandeling moet zijn dat de lijdensdruk vermindert en functioneren verbetert. Daardoor neemt enerzijds de ziektelast van de persoon af en neemt anderzijds zijn kwaliteit van leven toe.

2.2.1. Herstel = proces om weer gezond te voelen

Het verhaal van mensen met psychische problemen is vaak een verhaal over een leven, inclusief het leven van naasten, dat door de problemen (gedeeltelijk) in beslag wordt genomen. Herstel gaat over het hervinden van de ruimte om voluit te leven en het hernemen van de regie op het leven op basis van persoonlijke wensen en behoeften. Herstel kan dus worden gezien als het proces om jezelf weer gezond te voelen. Het gaat om de zoektocht naar de balans in het leven met als doel je kwetsbaarheden te leren accepteren en te integreren met je weerbaarheden.

2.2.2. Rol van de driehoek patiënt, naasten en hulpverlener

De relatie tussen de patiënt, diens naasten en de hulpverlener is cruciaal voor het verlenen van zorg. Gezamenlijk proberen ze antwoorden op de zorgvraag van de patiënt te vinden. Ze hebben elkaar nodig bij de zoektocht naar gepaste zorg. Tijdens de zoektocht wordt een aantal vragen gesteld en beantwoord, namelijk rond de diagnose (wat is je probleem en hoe is het gekomen), indicatie (wat wil je bereiken en wat pakken we aan), behandeling en begeleiding (wat gaan we doen en wat is het resultaat) en evaluatie (wat is ons oordeel en hoe gaan we/ga je verder). De antwoorden op deze vragen moeten aansluiten bij het persoonlijke verhaal van de patiënt in zijn relationele en maatschappelijke context.

2.3. Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Het begrip kwaliteit van zorg wordt omschreven als de mate van overeenkomst tussen de criteria van wenselijke zorg en de praktijk van feitelijke zorg.

Bron: Donabedian, 1980.

Er kan een verschil bestaan in de kwaliteitsperceptie van patiënt en hulpverlener. Wanneer de patiënt iets anders verwacht dan de hulpverlener beoogt, kunnen de kwaliteitsoordelen tussen patiënt en hulpverlener uiteenlopen. Daarom moeten de verwachtingen van de patiënt en de bedoelingen van de hulpverlener omtrent de behandeling of de zorg helder zijn. Verder gaat het behalve om de kwaliteit van de interventie ook om de kwaliteit van de relatie. Het concept is uitgewerkt in (kwaliteitscriteria voor) vier domeinen.

Focus van zorg (uitkomst)	<i>Kwaliteit van leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op voor hun relevante levensgebieden.
	<i>Herstel van vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
Vorm van zorg (relaties)	<i>Patiënt centraal:</i> het gaat om het persoonlijke verhaal van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt.
	<i>Zorg in triade:</i> naasten worden zo mogelijk betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
Inhoud van zorg (proces)	<i>Adequate zorg:</i> er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk.
	<i>Integrale zorg:</i> er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.
Eisen aan zorg (structuur)	<i>Professionele zorg:</i> er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten en adequate richtlijnen.
	<i>Transparante zorg:</i> er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

2.3.1. Specifieke aandachtspunten

Focus van zorg

Herstelondersteuning is vooral gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven van de patiënt en het herstellen van diens veerkracht en vitaliteit op basis van diens wensen en behoeften. De professional stimuleert het zelfmanagement en de zelfredzaamheid in de door de patiënt gewenste richting, waardoor de patiënt met inachtneming van zijn wensen, behoeften en mogelijkheden zo veel mogelijk weer onafhankelijk van professionals verder kan leven en deel kan nemen aan zijn leefomgeving en de samenleving.

Vorm van zorg

Het persoonlijke verhaal van de patiënt vormt het startpunt voor de zorg en de professional probeert aan te

sluiten bij het verklaringsmodel en de betekenisverlening van de patiënt. De patiënt behoudt zo veel mogelijk de regie over de zorg. Besluiten over het behandelbeleid worden steeds gezamenlijk genomen. De patiënt krijgt een kopie van de afspraken. Indien noodzakelijk krijgen naasten eigenstandig begeleiding en behandeling. Indien mogelijk worden naasten – als ze kunnen, willen en mogen van de patiënt – bij de zorg betrokken. Ook worden naasten ondersteund bij hun eigen herstelproces.

Inhoud van zorg

De professional verleent zorg op maat, afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt en de mogelijkheden van de professional hierbij rekening houdend met professionele standaarden. Ervaringsdeskundigen worden ingezet als rolmodel, zodat de patiënt zich bewust kan worden van zijn mogelijkheden en hoop kan krijgen voor de toekomst. De professional geeft de patiënt zo veel mogelijk verantwoordelijkheid en blijft het zelfinzicht van de patiënt stimuleren. In samenspraak met de patiënt initieert de professional afstemming en samenwerking met (familie-)ervaringsdeskundigen, welzijnsprofessionals en naasten van de patiënt.

Eisen aan zorg

De professional bezit (en ontwikkelt zo nodig) een herstelondersteunende attitude en relevante competenties en beschikt over de adequate kwalificaties. Hij vervult de rol van coach/adviseur bij zelfmanagement, gaat uit van de wensen en de behoeften van de patiënt en neemt de tijd voor de patiënt. De professional moet ruimte hebben en nemen om zowel inhoudelijk als qua omvang van de zorg mee te bewegen met de behoefte van de patiënt. De patiënt kan wisselen van professional indien de klik ontbreekt of de voortgang stagneert. De professional heeft zicht op het aanbod aan mogelijkheden in zorg en welzijn (inclusief patiëntenorganisaties). Er is flexibiliteit in het zorgaanbod (op/afschalen, avond/weekend).

3. Herstelondersteuning

3.1. Inleiding

De kernelementen van herstelondersteunende zorg worden weergegeven volgens de fasen van het zorgproces, hoewel een onderwerp als herstelondersteuning zich hier niet bij uitstek voor leent. Er is gekozen om de module zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de andere ontwikkelde generieke modules en zorgstandaarden. Dit betekent niet dat deze fasen elkaar opvolgen, als zou er eerst behandeld worden en daarna pas oog moeten zijn voor herstel, participatie en re-integratie. Dat geeft om te beginnen het risico dat mensen afhaken en vervolgens dat maatschappelijke rollen en relaties verloren gaan die daarna weer opgebouwd moeten worden. Meer in het algemeen gaat herstelondersteuning door alle fasen heen.

Herstelondersteunende zorg omvat niet alleen persoonlijk en maatschappelijk herstel, maar gaat ook om het creëren van voorwaarden voor herstel. Bij de uitwerking van de module is gekozen voor drie thema's (zie ook [Uitgangspunten](#)): herstelinitiatieven en peer support (zelfhulp, onderlinge steun); herstelondersteuning door professionals en informele steungevers; randvoorwaarden en organisatie van herstelondersteuning. Bij de afbakening van deze thema's is om overlap zo veel mogelijk te voorkomen goed gekeken naar andere zorgstandaarden.

- Hoewel herstelondersteuning ook behandeling (klinisch herstel) omvat, zullen we de behandelmethodieken binnen de generieke module niet verder uitwerken. Deze komen binnen de stoornisspecifieke zorgstandaarden en de generieke module Ernstige psychische aandoeningen al uitvoerig aan de orde. De condities voor herstelondersteuning zullen echter wel gericht zijn op behandelaren (psychiaters, psychotherapeuten, gz-psychologen, klinisch psychologen e.d.), omdat de omslag naar herstelondersteuning (juist) ook bij hen moet plaatsvinden.
- Deze generieke module richt zich vooral op ondersteuning bij maatschappelijk herstel en minder op de verbetering van de maatschappelijke positie door sociale inclusie en vermindering van stigma, discriminatie en

uitsluiting. Deze thema's komen in de generieke module Destigmatisering uitgebreid aan de orde.

- De ondersteuning bij maatschappelijk herstel omvat in principe alle levensdomeinen: wonen, werken, leren, sociale relaties, intimiteit, financiën en spiritualiteit. In het kader van deze module is het onmogelijk om alle methodieken op al deze terreinen te behandelen. Daarom is vooral gekozen voor de methodieken die gericht zijn op meerdere levensdomeinen. Specifieke methodieken op het terrein van arbeid, leren en dagbesteding komen in andere generieke modules aan de orde, zoals in de generieke module Arbeid als medicijn en de generieke module Daginvulling en participatie.

Bij de ontwikkeling van deze module is gestreefd naar een goede verhouding tussen ervaringskennis, professionele en wetenschappelijke kennis. Dit om te voorkomen dat objectieve, wetenschappelijke kennis gaat domineren. Persoonlijk herstel is een zoektocht van de patiënt en geen voorschrift van een behandelaar. Het is geen instrument in een therapeutisch arsenaal maar een subjectief proces dat ruimte laat voor eigen keuzen en dat ervaringskennis oplevert die als een evenwaardige kennisvorm wordt beschouwd. Ook bij de uitwerking van de literatuursearch is het subjectieve gezichtspunt als uitgangspunt genomen. Dit uit zich in de prioritering van uitkomstmaten van de geselecteerde onderzoeken in de literatuursearch. We onderscheiden cruciale en belangrijke uitgangsmaten:

- Cruciale uitkomstmaten van herstelprocessen zijn subjectieve uitkomstmaten zoals: herstel, empowerment, subjectieve kwaliteit van leven, hoop, eigen regie en zelfmanagement, tevredenheid met huisvesting, werk, sociaal netwerk.
- Belangrijke uitkomstmaten zijn objectieve uitkomstmaten, zoals: kwaliteit huisvesting, wel of geen betaald werk, de omvang van het netwerk.

3.2. Vroege onderkenning en preventie

In de literatuur over vroegsignalering en vroege interventie bij psychische aandoeningen, in het bijzonder bij psychose, dringt de laatste jaren steeds duidelijker het inzicht door dat herstel en herstelondersteuning hierin een vaste plaats verdienen.

Bron: Veling et al., Handboek Vroege Psychose, 2013.

Zo wordt ook in de [zorgstandaard Psychose](#) expliciet het belang van het hanteren van een herstelvisie onderkend en van het gebruikmaken van ervaringsdeskundigheid en herstelgroepen. Hierin wordt aanbevolen om vroegtijdig ruimte te creëren voor patiënten om hun persoonlijke referentiekaders van ziekte-ervaringen te exploreren en hun gewenste hulpbronnen te gebruiken. Het is volgens de standaard te overwegen hierbij gebruik te maken van ervaringsdeskundigheid of herstelgroepen.

3.2.1. Herstelondersteuning ook in de eerstelijnszorg

In het nieuwe zorgstelsel spelen huisartsen en praktijkondersteuners (POH-GGZ) een belangrijke rol bij vroegsignalering en preventie van (ernstige) psychische aandoeningen en verslavingsproblemen. Ook wijkteams vervullen hier een rol. Door dichtbij de burgers, achter de voordeur te komen en snel een oplossing te bieden, zouden zij preventief kunnen werken door escalatie van problemen te voorkomen.

Het is van belang dat sociaal werkers van wijkteams, huisartsen en POH-GGZ in hun contact met mensen met (ernstige) psychische aandoeningen oog hebben voor en werken vanuit de principes van herstelondersteunende zorg. Dat betekent in ieder geval: aansluiten bij de leefwereld van de patiënt, bij zijn eigen kijk op wat er met hem aan de hand is en zijn eigen ideeën over de gewenste opbrengst van behandeling of begeleiding. Dit betekent ook ruimte bieden voor eigen regie in de te maken keuzes. Niet alleen kijken naar het bestrijden of verhelpen van symptomen, maar ook naar wat de patiënt nodig heeft om te werken aan (herstel van) identiteit, dagelijks functioneren, sociale contacten en/of participatie. Dit kan door de patiënt te informeren over (online) zelfhulpmogelijkheden, (online) lotgenotencontact en door het samenwerken met

ervaringsdeskundigen. Ook het zorg dragen voor toegang tot en zo nodig bemiddelen bij het gebruik van algemene voorzieningen kan hiervan deel uitmaken. Ervaringsdeskundigen kunnen wijkteams, huisartsen en POH-GGZ hierin adviseren en ondersteunen.

3.2.2. Aanbevelingen

- Sociaal werkers van wijkteams, huisartsen en POH-GGZ dienen in hun contact met mensen met (ernstige) psychische aandoeningen oog te hebben voor en te werken vanuit de principes van herstelondersteunende zorg.
- Zorg dat in iedere gemeente ervaringsdeskundigen beschikbaar zijn in de wijk, om laagdrempelig en preventief ondersteuning te bieden bij herstel en participatie. Zij kunnen verbonden zijn aan bijvoorbeeld wijkteams, huisartsenpraktijken, klinieken en time-outvoorzieningen/respitzorg.

3.3. Diagnostiek

De diagnostiek binnen de ggz is gebaseerd op het classificatiesysteem van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). De DSM is in hoofdzaak een clustering van mogelijke combinaties van psychische symptomen. Elk van die combinaties heeft een naam. Vanuit het oogpunt van herstel kunnen kanttekeningen worden geplaatst bij dit systeem. Deze kanttekeningen betreffen niet zozeer het classificeren van psychische klachten op zich, maar vooral het gebruik van de DSM-classificaties als diagnostische labels die aanduiden wat er aan de hand zou zijn met de patiënt en welke hulp deze nodig heeft.

Bron: Van Hoof et al., 2015.

Een diagnostisch label (zoals schizofrenie) kan voor complicaties zorgen, wanneer mensen hierdoor gestereotypeerd worden in de samenleving en – erger nog – wanneer de negatieve verwachtingen door de persoon zelf worden overgenomen (ook wel geïnternaliseerd of zelfstigma genoemd).

Bron: Van Os, 2014.

3.3.1. Spanningsvelden

- Er is een spanningsveld tussen de wens problemen van een duidelijke naam te voorzien en de wens problemen in dimensionele, functionele (persoonsgebonden) taal te benoemen. Of anders gezegd: een diagnostische classificatie kan helpend maar ook hinderend zijn. De breed gedeelde behoefte aan persoonsgerichte vormen van diagnostiek mag er niet toe leiden dat benodigde hulp niet wordt toegekend omdat er geen 'stoornis' wordt vastgesteld.
- Een vergelijkbare spanning doet zich voor tussen de als wenselijk ervaren nadruk op eigen regie en empowerment van mensen zelf en de noodzaak te kunnen (h)erkennen waar persoonlijke grenzen en onmogelijkheden liggen en professionele ondersteuning geboden moet worden.

In de diagnostiek - en ook in de verdere begeleiding - dient er aandacht te zijn voor dergelijke dilemma's. Bewustwording en openheid hierover bij professionals is hierbij essentieel (zie ook [de generieke module Destigmatisering](#)).

3.3.2. Gezamenlijke taal

Voor het verwoorden van de problemen van de patiënt is het van belang een gezamenlijke taal te zoeken en

een gezamenlijk vertrekpunt voor samenwerking. Vragen als wat is er met je gebeurd, wat zijn je krachten en kwetsbaarheden, wat is je doel en wat heb je nodig, zijn hierbij van belang. Door een vragende diagnostiek merkt de patiënt dat de professional hem of haar erkent als drager van ervaringen en daarover een gesprek in de vragende wijs wil aangaan.

Door een vragende diagnostiek merkt de patiënt dat de professional hem of haar erkent als drager van ervaringen en daarover een gesprek in de vragende wijs wil aangaan.: Overigens zal lang niet iedereen meteen een pasklaar antwoord op die vragen hebben. Dan is het van belang dat patiënt en professional de tijd nemen om dit gezamenlijk uit te vinden, onder andere door het achterhalen van het levensverhaal van de patiënt en diens interpretatie hiervan (met inachtneming dat interpretaties in de loop van de tijd kunnen veranderen; een levensverhaal is geen statisch verhaal).

Bron: Van Os, 2014.

Maar ook wat er gebeurt vóór de diagnostiek is van belang, aangezien de drempel naar de ggz voor sommigen heel hoog is. Hierbij moet het herstel meteen bij het eerste contact al leidend zijn. Een ander struikelblok zijn eventuele wachtlijsten. Deze zijn niet bevorderlijk voor het herstel, omdat er niet optimaal gebruik wordt gemaakt van de motivatie die er bij aanmelding is.

3.3.3. Aanbeveling

Zoek een gezamenlijke taal en een gezamenlijk vertrekpunt voor samenwerking. Vragen als wat is er met je gebeurd, wat zijn je krachten en kwetsbaarheden, wat is je doel en wat heb je nodig, kunnen hierbij behulpzaam zijn. Daarnaast gaat het vooral ook om het achterhalen van het levensverhaal van de patiënt en diens (her)interpretatie hiervan.

3.4. Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

3.4.1. Behandeling

Voorlichting

Het vergaren van kennis over de aandoening en de behandeling is belangrijk om meer grip te krijgen op de aandoening. Goede voorlichting - waarin niet alleen feitelijke informatie wordt geboden, maar ook informatie gegeven wordt over ervaringen van andere patiënten - aan patiënten en hun naasten over behandel mogelijkheden is hierbij essentieel. Wanneer de kwetsbaarheid langduriger optreedt, is aandacht nodig voor hoop, rouw en betekenisgeving van patiënten en hun naasten. Verlies van rollen en vaardigheden bij de patiënt vraagt om een open gesprek over diens wensen en mogelijkheden (draagkracht en competenties) en hulpbronnen buiten de zorg (ondersteuning vanuit het sociale netwerk, vrijwilligers- en welzijnsorganisaties, etc.).

Betrekken naasten

Als de patiënt dat wil is het goed om naasten of een andere vertrouwenspersoon (bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige) uit te nodigen bij behandelgesprekken. Tijdens de behandeling worden de gemaakte afspraken binnen de triade (patiënt - naaste(n) – professional) regelmatig geëvalueerd en het ondersteuningsaanbod daarop afgestemd. Daarnaast kan gebruik worden gemaakt van methodieken als Triadekaart, Eigen Kracht-conferenties en Resource Groepen om de omgeving van de patiënt te betrekken (zie ook [de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#)).

Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming gaat over alle onderdelen van de zorgcyclus, zowel de diagnostiek als de behandeling, begeleiding en re-integratie. In deze vorm van samenwerken komt de gelijkwaardigheid tussen patiënt en professional en eventuele naaste tot uitdrukking. De basis is een goede onderlinge relatie (zie ook de [generieke module Zelfmanagement](#)). Om de patiënt echt invloed te geven op de behandeling is het belangrijk om niet alleen de uiteindelijke beslissingen, maar ook de onderliggende overwegingen gezamenlijk overeen te komen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de methodiek [Samen Keuzes Maken](#).

Ook dient aandacht te worden geschonken aan mogelijke spanningsvelden in de behandeling, bijvoorbeeld wanneer het professionele perspectief op gespannen voet staat met het perspectief van de patiënt (o.a. over gebruik medicatie), bij acute crisissituaties, bij het nemen van risico's en het maken van fouten (de 'dignity of risk') en bij de toepassing van dwang en drang (o.a. over de gevolgen van separatie).

Behandelinterventies

Goede behandeling is een belangrijke voorwaarde voor herstel, mits die gericht wordt ingezet ten dienste van individuele herstelprocessen. Dat vereist dat vanuit een bredere herstelondersteunende invalshoek wordt gekeken welke interventies op welk moment en op welke wijze kunnen bijdragen aan iemands herstel. Naast de veel toegepaste interventies (zoals cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie en motiverende gespreksvoering), kan hierbij ook worden gedacht aan relatief nieuwe behandelvormen, zoals Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) en Open Dialogue.

3.4.2. Aanbevelingen behandeling

- Betrek naasten – als de patiënt dat wil - bij de behandeling en begeleiding door ze uit te nodigen voor behandelgesprekken, ze te informeren over de behandeling en door gebruik te maken van methodieken als Triadekaart, Eigen Kracht-conferenties en Resource Groepen.
- Gezamenlijke besluitvorming is nodig om de patiënt invloed te geven op de keuze en invulling van de behandeling. Het is belangrijk om niet alleen de uiteindelijke beslissingen, maar ook de onderliggende overwegingen gezamenlijk overeen te komen.
- Kijk vanuit een bredere herstelondersteunende invalshoek welke behandelinterventies op welk moment en op welke wijze kunnen bijdragen aan iemands herstel.
- Besteed aandacht aan mogelijke spanningsvelden in de behandeling, bijvoorbeeld bij acute crisissituaties, bij het nemen van risico's en het maken van fouten (de 'dignity of risk') en bij de toepassing van dwang en drang (o.a. over de gevolgen van separatie).

3.4.3. Begeleiding

Zingeving en herstel

Uit de modellen van Huber en CHIME die de grondslag van deze module vormen (zie [Herstelondersteunende zorg – Visie op herstel](#)), is duidelijk dat zingeving een belangrijk aspect van herstel vormt. Kenmerkende zinragen bij een herstelproces zijn het rouwen om verlies van toekomstdromen en levensmogelijkheden, het omgaan met gevoelens van wanhoop en isolement, de vorming van de eigen identiteit en de aanpassing van het zelfbeeld, alsook het zoeken naar mogelijke betekenis in de psychische aandoening. Het vinden van een hernieuwde levensoriëntatie en het opdoen van positieve zin- en betekenisgeving vergt inspanning, tijd en aandacht.

Binnen en buiten de ggz schiet de aandacht voor zin- en betekenisgeving vaak tekort, zo blijkt uit de resultaten van regionale zorgmonitors waarin zingeving vermeld staat als één van de door ggz-patiënten meest genoemde onvervulde zorgbehoeften.

Bron: Kroon, 2009.

Ggz-professionals kunnen patiënten beter ondersteunen op dit terrein door meer oog te hebben voor hun innerlijke veerkracht en hun levensbeschouwelijke of spirituele bronnen.

Bron: Van der Stel, 2013.

Aansluitend bij het levensverhaal van de patiënt dient er zowel aandacht te zijn voor verliesverwerking als voor levenskracht en positieve levenszin. De geestelijk verzorger heeft specifieke expertise op het terrein van existentiële, spirituele en ultieme zingeving en kan zowel patiënten als andere professionals hierin ondersteunen. Daarnaast ontlenen veel patiënten zin aan hun sociale netwerk, werk en/of dagelijkse bezigheden, waarbij ze van betekenis kunnen zijn voor anderen (zie ook het [visiesheet](#) van Ypsilon over Herstel).

Flexibele begeleidingstrajecten en begeleidingsplannen

Omdat herstelprocessen geen lineaire processen zijn en ondersteuningswensen per persoon maar ook per moment en per situatie kunnen variëren, zijn standaardzorgpakketten ongewenst.

Bron: Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014

Dat betekent dat ondersteuningsfuncties flexibel bereikbaar (makkelijk op en af te schalen), toegankelijk en voor kortere of langere tijd inzetbaar moeten zijn.

Bron: Swildens et al., 2011; Busschbach et al., 2016.

De begeleiding moet zo georganiseerd worden dat zij optimaal rekening kan houden met en inspelen op de herstelfase waarin betrokkene verkeert, op persoonlijke variaties die zich daarin voordoen en op de verschillende problemen en ondersteuningswensen die zich daarbij aandienen.

Belangrijk aandachtspunt hierbij zijn de begeleidings- of zorgplannen. Het streven is daarbij om bijvoorbeeld een krachten- en stressorenanalyse en mogelijkheden voor zelfregie op te nemen. Niet alleen moet worden opgenomen waarvan de patiënt last heeft, maar ook wat hem hoop en zin geeft en wat in eerdere situaties helpend is geweest. Dit kan mogelijkheden voor empowerment openen. De gedachte is dat in het levensverhaal van de patiënt – dat overigens ook dynamisch is - ook veel momenten van kracht, hoop en passie naar voren komen. En dat helderder wordt welke op de achtergrond geraakte talenten de patiënt heeft, hoe betrokkene functioneerde voordat de psychische problemen zich manifesteerden, welke verlieservaringen en rouwverwerking de patiënt heeft doorgemaakt, wat de triggers van weerbaarheid en kwetsbaarheid zijn etc. Het doel van het plan is om de patiënt in de gelegenheid te stellen zich weer eigenaar van zijn eigen ervaringen en het eigen herstelproces te voelen.

Bron: Bergmans & Beentjes, 2011.

Verder is het van belang dat begeleidingsplannen eenvoudig in het gebruik zijn en concrete doelen en acties bevatten.

Rehabilitatie- en netwerkmethoden

Rehabilitatie is een proces waarbij de hulpverlening aan de patiënt gecombineerd wordt met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving met als doel het dagelijks functioneren en de maatschappelijke rollen zoveel mogelijk te vergroten en aanwezige capaciteiten optimaal te gebruiken in een zo normaal mogelijk sociaal kader. Het is gericht op het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van activiteitendoelen en

participatierollen.

Bron: Korevaar en Dröes, 2016.

Het streven van rehabilitatie is mensen te helpen om binnen hun mogelijkheden optimaal te functioneren op levensgebieden zoals wonen, werken, leren en contacten met zo min mogelijk professionele hulp.

De best onderzochte en effectief bevonden algemene rehabilitatiemethode is de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). IRB is erop gericht om patiënten op een systematische manier te helpen bij het expliciteren en realiseren van hun individuele wensen op het gebied van wonen, sociale contacten, dagbesteding, leren en werken. Uit Nederlands effectonderzoek blijkt dat patiënten met IRB-begeleiding er na een jaar bijna twee keer zo vaak in slagen om hun doelen helemaal te behalen als patiënten die andere begeleiding krijgen.

Bron: Swildens et al., 2011; Busschbach et al., 2016.

Kwalitatief onderzoek laat zien dat patiënten de aandacht voor hun wensen waarderen en dat het formuleren van en werken aan doelen bewustwording creëert.

Bron: Van der Meer et al., 1999; Swildens et al., 2001; Landman-Peeters et al., 2008.

Daarnaast zijn methoden beschikbaar die de opbouw van een sociaal netwerk bevorderen of ondersteunen, zoals de Eigen Kracht-conferenties, Netwerkcirkel of de Netwerkcoach.

3.4.4. Aanbevelingen begeleiding

- Besteed in de begeleiding aandacht aan de betekenisgeving en zingeving van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en verslavingsproblemen. Het is aan te bevelen dat professionals zich hiertoe laten (bij)scholen en dat het onderwerp opgenomen wordt in de curricula van de opleidingen.
- Schakel zo nodig geestelijk verzorgers in. Zij kunnen vanuit hun specifieke deskundigheid op het vlak van zingeving, de verbinding leggen tussen herstel, betekenisgeving en zingeving en deze kennis en inzichten overdragen op hun collega-professionals.
- Maak begeleidingstrajecten en begeleidingsplannen voldoende flexibel om goed aan te sluiten bij het individuele herstelproces van de patiënt.
- Maak gebruik van rehabilitatie- en netwerkmethoden (zoals IRB en Eigen Kracht-conferenties) om maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen te helpen bevorderen.

3.5. Monitoring

Monitoring en evaluatie zijn belangrijk om inzicht te krijgen in de resultaten van herstelondersteuning en processen te volgen en tijdig bij te stellen. Het past bij gezamenlijke besluitvorming en noopt tot evaluatie met de patiënten zelf en het bespreken van diverse behandelopties. Omdat het gaat om de ondersteuning van patiënten bij hun herstel, is het belangrijk hoe de patiëntuitkomsten geformuleerd worden. Binnen de gangbare zorg wordt vooral gekeken naar uitkomsten als een vermindering van opnameduur, minder psychische klachten, beter in zorg blijven of minder onvervulde zorgbehoeften. Dit bestrijkt slechts een deel van wat patiënten zelf als wenselijke uitkomsten zien. Als aan patiënten zelf gevraagd wordt wat voor hen herstel is, geven ze vaak antwoorden als: minder last hebben van mijn ziekte, meer zelfvertrouwen hebben, weer dagelijkse dingen kunnen doen.

Bron: Hendriksen-Favier et al., 2012.

Om inzicht te krijgen in de mate waarin ggz-instellingen hun herstelbeleid daadwerkelijk in de eigen organisatie en het eigen zorgaanbod weten te implementeren, is in de Verenigde Staten de Recovery Oriented Practices Index (ROPI) als meetinstrument ontwikkeld. De ROPI is in 2008 vertaald en bewerkt voor de Nederlandse situatie.

Bron: Hendriksen-Favier et al., 2010.

Door de ROPI op verschillende momenten af te nemen bij een afdeling, kan worden gevolgd in hoeverre herstel en herstelondersteunende zorg centraal staan in de behandeling, begeleiding en bejegening. Het betreft vooral een procesmeting.

3.5.1. Aanbevelingen

- Besteed aandacht aan monitoring en evaluatie met behulp van herstelgerichte instrumenten en focusgroepen met patiënten en familieleden.
- Overleg met de patiënt in hoeverre er een wens is tot monitoring van de voortgang en hoe vaak en op welke wijze de patiënt zou willen dat dit gebeurt, bijvoorbeeld met instrumenten.
- Gebruik de ROPI om de organisatie te stimuleren om meer herstelondersteunend te werken.

3.6. Herstel, participatie en re-integratie

3.6.1. Herstel en 'peer support'

Herstelverhaal

Het maken van een (herstel)verhaal is zowel belangrijk voor het eigen persoonlijk herstel als voor de boodschap aan anderen dat herstel mogelijk is. Een herstelverhaal is een specifieke vorm van het levensverhaal met als plot dat herstel mogelijk is en waarbij het accent ligt op empowerment. Het werken aan het eigen verhaal kan bijdragen aan het verwerken van ervaringen, het herkaderen van ervaringen in hersteltaal om zelfstigma te verminderen en eigen kracht te ontwikkelen, en aan het hervinden van de eigen identiteit.

Betekenisgeving is een belangrijk aspect van het eigen verhaal maken, maar is breder. Het heeft te maken met hoe iemand in het leven staat, welke plek hij daarin inneemt en de betekenis die iemand daaraan toekent. Betekenisgeving aan gebeurtenissen in het leven en aan eigen ervaringen is een manier van zingeving. Voor de ondersteuning van het maken van het eigen verhaal zijn verschillende cursussen en trainingen ontwikkeld. Landelijke verspreiding kennen de (digitale) cursus Bouwstenen van je herstelverhaal, Ervan verhalen, Foto-instrument, Fotovoice en Op zoek naar Zin. (Zie [de ervaringsdeskundige](#)).

Zelfhulp en herstelgroepen (groepsgewijze 'peer support')

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat zelfhulp- en herstelgroepen effectief zijn als aanvulling op gebruikelijke zorg.

Bron: Fuhr et al., 2014.

Zij kunnen het zelfinzicht, de eigen verantwoordelijkheid en de eigen regie van deelnemers vergroten. Daarnaast krijgen deelnemers meer oog voor hun kwaliteiten en talenten. Uit Nederlands onderzoek naar herstelgroepen van HEE! blijkt dat het vertrouwen van deelnemers in zichzelf om succesvol om te gaan met datgene wat hen overkomt in het leven (eigen regie) is toegenomen.

Bron: Boevink et al., 2016.

Werkzame elementen van zelfhulp- en herstelgroepen zijn de nadruk op de eigen rol in het herstelproces en op het hervinden van de eigen kracht, het vergroten van kennis over herstel, de ondersteuning van ervaringsdeskundigen, het delen van ervaringen en de laagdrempeligheid van de groepen. In Nederland zijn tal van zelfhulp- en herstelgroepen actief, zoals herstelwerkgroepen, Stemmen horen, zelfhulpgroepen in de verslavingszorg (AA, NA etc.) en groepen vanuit patiënten- en familieverenigingen zoals Ypsilon, VMDB, Anoiksis, Depressievereniging, et cetera. Daarnaast bestaan er diverse (online) zelfhulp- en lotgenotengroepen.

Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

WRAP is ontwikkeld om mensen te ondersteunen bij het benutten en ontwikkelen van eigen ervaringskennis ten behoeve van herstel en de verbetering van welbevinden en om gerichte activiteiten te ontwikkelen in de verschillende stadia van herstel, inclusief het stadium van een crisis. WRAP wordt standaard aangeboden in acht groepsbijeenkomsten, die worden geleid door geschoolde WRAP facilitators (ervaringsdeskundigen). Uit buitenlands effectonderzoek blijkt dat deelnemers aan WRAP significant beter scoren op het terrein van kwaliteit van leven in relatie tot de omgeving en hoop in vergelijking met de controlegroep.

Bron: Cook et al. 2012a.

Nederlands onderzoek naar WRAP laat zien dat werknemers die de WRAP-cursus hebben gevolgd zich bewuster zijn geworden hoe dingen bij hen werken en meer zelfinzicht hebben gekregen. Ook hebben ze geleerd om de verantwoordelijkheid en regie over hun eigen leven te nemen en hebben ze meer oog gekregen voor hun eigen welbevinden.

Bron: Boertien et al., 2015.

Herstellen doe je Zelf

Dit is een cursus van twaalf bijeenkomsten waarin patiënten in een veilige omgeving onder leiding van twee getrainde ervaringsdeskundige cursusleiders informatie krijgen over, reflecteren op, ervaringen uitwisselen over en oefenen met vaardigheden aangaande thema's die te maken hebben met herstel. Uit Nederlands effectonderzoek blijkt dat Herstellen doe je Zelf een significant en positief effect heeft op empowerment, hoop en self-efficacy (geloof in eigen kunnen) van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Bron: Van Gestel-Timmermans et al., 2012.

Kwalitatief onderzoek laat zien dat de deelnemers zich geïnspireerd en ondersteund voelen door de ervaringsdeskundige cursusleiders, die als rolmodel fungeren. Tevens waarderen deelnemers het groepsproces, de sociale steun en de persoonlijke aandacht die zij krijgen van medecursisten.

Bron: Van Gestel-Timmermans et al., 2010.

Individuele ondersteuning door ervaringsdeskundigen (individuele 'peer support')

Ervaringsdeskundigen spelen een rol in de ondersteuning van het herstelproces en de ontwikkeling van eigen regie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en/of verslavingsproblemen. Ze zijn een rolmodel en bieden hoop dat herstel mogelijk is. Ook kunnen ervaringsdeskundigen de weg openen voor een breder scala van steun dan alleen de professionele hulpverlening, zoals peer support en steun door naasten.

Bron: Boertien & Van Bakel, 2012; Weerman, 2013.

Evidentie over ondersteuning door ervaringsdeskundigen

Uit een systematische review blijkt dat individuele ondersteuning door een ervaringsdeskundige geen effect heeft op de kwaliteit van leven en het (sociaal) functioneren van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Bron: Fuhr et al., 2014.

Dit geldt zowel voor teams waar de ervaringsdeskundige 'extra' wordt ingezet als voor teams waar de ervaringsdeskundige in plaats van een professional wordt ingezet. Kanttekeningen bij deze uitkomsten zijn dat de bewijskracht van de studies laag is en dat de meeste ervaringsdeskundigen in dit onderzoek werkzaam zijn als 'begeleiders met ervaringsdeskundigheid' en in die hoedanigheid grotendeels dezelfde werkzaamheden uitvoeren als professionals (woon- en activiteitenbegeleiding). In Nederland wordt er juist voor gepleit om ervaringsdeskundigen een specifieke rol te geven, waarbij zij zich primair richten op ondersteuning van het herstelproces van de patiënt.

Bron: Plooy, 2007; Boertien & Van Bakel, 2012.

Kwalitatieve studies daarentegen laten wel positieve effecten zien. Patiënten die door een ervaringsdeskundige begeleid worden, krijgen meer eigenwaarde, ervaren meer sociale steun en gaan sociaal beter functioneren. Ook ervaren patiënten meer empathie en krijgen zij het vertrouwen dat ze kunnen herstellen, wat meer hoop en minder (zelf)stigma oplevert.

Bron: Repper & Carter, 2011.

Nederlands onderzoek laat zien dat ervaringsdeskundigen (volgens patiënten) over meer inlevingsvermogen beschikken dan andere professionals, dat patiënten zich beter begrepen voelen door de ervaringsdeskundige en dat patiënten het contact met de ervaringsdeskundige als gelijkwaardiger ervaren.

Bron: Van Erp et al., 2008.

Ervaringsdeskundigen kunnen patiënten beter motiveren en laten zien dat herstel mogelijk is.

Bron: Haaster & Hidjattoellah, 2013.

Crisiskaart

De crisiskaart is een klein persoonlijk document waarop staat hoe de patiënt wil dat hulpverleners, omstanders en naasten handelen als er een psychische crisis optreedt bij de eigenaar van de crisiskaart. De crisiskaart wordt opgesteld op initiatief van en door de patiënt zelf, met ondersteuning van een ervaringsdeskundige consulent of een professional. Nederlands effectonderzoek toont aan dat gebruik van de crisiskaart leidt tot vermindering van het aantal gedwongen opnames.

Bron: Ruchlewska et al., 2012; Ruchlewska et al., 2014.

Daarnaast draagt de crisiskaart eraan bij om (verergering van de) crisis te voorkomen en de regie tijdens een crisissituatie te behouden.

Bron: Van der Ham et al., 2011.

3.6.2. Aanbevelingen Herstel en 'peer support'

- Zet (familie-)ervaringsdeskundigen in want zij spelen een belangrijke rol in de ondersteuning van het herstelproces en de ontwikkeling van eigen regie van (naasten van) mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en/of verslavingsproblemen. Ze zijn een rolmodel en bieden hoop dat herstel mogelijk is.
- Maak de inzet van zelfhulp- en herstelcursussen (zoals Herstellen doe je Zelf en WRAP) mogelijk om het herstelproces van patiënten te ondersteunen en hun kwaliteit van leven en zelfregie te vergroten.
- Maak de inzet van de crisiskaart mogelijk om de regie bij de patiënt te leggen tijdens een crisissituatie en om (verergering van) crisis en gedwongen opnames te voorkomen.

3.6.3. Participatie en re-integratie

Herstel van het functioneren

Mensen met (ernstige) psychische aandoeningen ervaren naast lijdensdruk vaak beperkingen in hun functioneren. De aandoening neemt de ruimte om voluit te kunnen leven in meer of mindere mate in beslag waardoor ze moeite hebben met het verrichten van dagelijkse activiteiten en het vervullen van maatschappelijke rollen. De focus van de zorg moet naast het reduceren van de lijdensdruk tevens liggen op het herstel van het functioneren. Uiteindelijk is het doel van de zorg dat mensen weer een eigenstandig leven kunnen leiden met hun beperkingen en hun mogelijkheden. De International Classification of Functioning, Disability and Health

Bron: WHO, 2001.

vormt het referentiekader voor het bepalen van het menselijk functioneren.

Stigmatisering

Stigmatisering en discriminatie vormen belangrijke obstakels voor het maatschappelijk functioneren van mensen met psychische aandoeningen, des te meer naarmate de negatieve beelden over mensen met psychische aandoeningen hun weerslag krijgen op het zelfbeeld van betrokkenen (zelfstigma).

Bron: Plooy & Van Weeghel, 2009.

Om negatieve beeldvorming ten aanzien van mensen met psychische aandoeningen tegen te gaan, kunnen professionals en ervaringsdeskundigen binnen en buiten de ggz zelfstigma en stigmatisering door anderen bespreekbaar maken. Face-to-face contact waarbij een patiënt of ervaringsdeskundige zijn eigen verhaal vertelt, werkt hierbij het best.

Bron: Corrigan et al., 2012.

Voor meer informatie over stigma en stigmaproblemen zie [de generieke module Destigmatisering](#).

Toegankelijkheid van algemene voorzieningen

In het kader van normalisering is het van belang dat mensen met psychische aandoeningen zoveel mogelijk gebruik kunnen maken van algemene maatschappelijke voorzieningen, zoals buurt- en welzijnscentra, vrijwilligersorganisaties en arbeidsvoorzieningen. Dit vereist dat deze voorzieningen voldoende toegankelijk

zijn en – waar nodig – specifieke ondersteuning kunnen bieden voor deze doelgroep. Meer begrip voor mensen met psychische aandoeningen is nodig om ook op wijkniveau ruimte te creëren voor mensen uit deze doelgroep. In de meeste wijken bestaan reeds projecten die ondersteunend kunnen zijn aan herstelprocessen (zoals creatieve en culturele projecten, sport- en beweegactiviteiten). Maar niet iedereen kent het bestaan van deze plekken, durft er zomaar binnen te stappen, voelt zich welkom en wordt zomaar geaccepteerd door de andere betrokkenen. Het is belangrijk daarin te investeren door onder meer kwartiermaken en persoonlijke begeleiding. Ook dient de bekendheid van deze plekken te worden vergroot, ongeacht of ze vanuit de zorg, het sociale domein, de cliëntenbeweging of particulier initiatief opgezet zijn. Voorbeelden zijn onder andere Wijk en Participatie, Wijkgericht kwartiermaken, Vriend GGZ, zelfregiecentra en herstelacademies.

Kwartiermaken

Er zijn gerichte inspanningen nodig om de actieve betrokkenheid van andere maatschappelijke sectoren en instanties bij de participatie- en ondersteuningswensen van mensen met psychische aandoeningen te vergroten. Een van de manieren om verbinding te leggen met maatschappelijke voorzieningen is kwartiermaken. Kwartiermaken richt zich op het bevorderen van een maatschappelijk klimaat waarin iedereen mee kan doen en erbij kan horen. Kwartiermakers ontsluiten en creëren sociale steun in de buurten waar mensen met elkaar samenwonen. Zij proberen actief bij reguliere voorzieningen de voorwaarden te scheppen die maken dat mensen met een beperking zich er welkom en veilig voelen. Daartoe leggen kwartiermakers contacten met en tussen de diverse betrokken partijen en worden wederzijdse perspectieven, wensen, behoeften en kennis uitgewisseld.

Bron: Kal, 2011; Kal et al., 2012.

Rehabilitatie- en netwerkmethoden

Rehabilitatie- en netwerkmethoden (zie [Behandeling en begeleiding – Begeleiding](#)) kunnen ook gebruikt worden voor het ondersteunen van participatie en re-integratie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Deze methoden zijn erop gericht om mensen te helpen om binnen hun mogelijkheden optimaal te functioneren op levensgebieden zoals wonen, werken, leren en contacten met zo min mogelijk professionele hulp. Voorbeelden zijn de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en Eigen Kracht-conferenties.

3.6.4. Aanbevelingen participatie en re-integratie

- Maak zelfstigma en stigmatisering door anderen binnen en buiten de ggz bespreekbaar. Voor strategieën en interventies van stigmabestrijding zie de generieke module Destigmatisering.
- Creëer actieve betrokkenheid van maatschappelijke organisaties (zoals wijk en buurtcentra, arbeidsintegratie, sportclubs, herstelacademies en zelfregiecentra, levensbeschouwelijke organisaties) om participatiewensen te helpen realiseren.
- Zet kwartiermakers in om binnen reguliere voorzieningen de voorwaarden te scheppen die maken dat mensen met een psychische aandoening zich er welkom en veilig voelen.
- Maak gebruik van rehabilitatie- en netwerkmethoden (zoals IRB en Eigen Kracht-conferenties) om het functioneren en maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen te helpen bevorderen.

4. Organisatie van herstelondersteuning

4.1. Betrokken zorgverleners

Herstelgericht werken is het faciliteren van het herstelproces van het individu met het doel dat iemand binnen zijn mogelijkheden zo goed mogelijk kan functioneren en participeren met zo min mogelijk professionele hulp.

Dit houdt in dat herstelondersteuning zich ook afspeelt buiten de ggz (in herstelacademies, zelfregiecentra, wijk- buurt- en kunstencentra, vrijwilligersorganisaties, sociale wijkteams etc.) en dat patiënten, naasten, (familie-)ervaringsdeskundigen en vrijwilligers hierin een belangrijke rol spelen.

4.1.1. Ervaringsdeskundigen

Hoewel veelal het onderscheid wordt gemaakt tussen 'professionals' en 'ervaringsdeskundigen' is dit strikt genomen niet juist. Wanneer de beroepsmatige inzet van ervaringsdeskundigheid wordt bedoeld (zoals hier het geval is), zijn ervaringsdeskundigen eveneens professionals. Ervaringsdeskundigen onderscheiden zich van andere professionals doordat zij persoonlijke ervaringen van ontwrichting en herstel inzetbaar en beschikbaar maken ten behoeve van het ondersteunen van herstel van anderen. Ervaringsdeskundigen worden breed ingezet, zowel in de primaire hulpverlening als op beleidsniveau en in ondersteunende domeinen, zoals opleidingen en trainingen. De meeste ervaringsdeskundigen zijn werkzaam in de ambulante en klinische ggz en het beschermd wonen. Hieronder vallen de psychiatrische zorg, de forensische zorg, de openbare ggz, de verslavingszorg en de psychogeriatric. De ervaringsdeskundige kan tevens werkzaam zijn in naastgelegen sectoren als jeugdzorg en maatschappelijke opvang. Steeds meer zijn ervaringsdeskundigen in dienst bij gemeentelijke instanties, wijkteams en zelfregiecentra of herstelacademies.

Variatie aan taken

1. Ervaringsdeskundigen richten zich primair op de ondersteuning van het individuele herstelproces van de patiënt.
2. Zij kunnen ook de weg openen naar een breder scala van steun dan alleen de professionele hulpverlening, zoals peer support en steun door naasten.
3. Zij spelen een rol in het kwartiermaken om de maatschappelijke kansen van mensen met een psychische aandoening te vergroten en stigmatisering van deze groep tegen te gaan.
4. Zij kunnen kritisch kijken naar de bestaande zorg en een bijdrage leveren aan vernieuwing van de zorg.
5. Zij kunnen ondersteuning bieden bij transitiemomenten, zoals de overgang van een klinische opname naar ambulante zorg of begeleid wonen, na een crisisopname, of bij de overgang van kinder- en jeugd- naar volwassenpsychiatrie.

Familie-ervaringsdeskundigen

Vanwege het verschillende karakter van de ervaringen zijn er naast patiënt-ervaringsdeskundigen ook familie-ervaringsdeskundigen. Het Landelijk Platform Familie-ervaringsdeskundigen heeft een [profiel voor de familie-ervaringsdeskundigen](#) opgesteld. Zo kan de familie-ervaringsdeskundige er bijvoorbeeld voor zorgen dat er meer oog komt voor betrokken naasten en hen een luisterend oor of ondersteuning bieden. Ook instellingen buiten de ggz die begeleiding bieden vanuit de Wmo of Wmo-raden maken al gebruik van familie-ervaringsdeskundigen. Er zijn ook familie-ervaringsdeskundigen speciaal gericht zijn op coaching van Marokkaanse groepen (zie [visiesheets](#) Ypsilon Wmo).

4.1.2. Professionals

In het professionele zorgcircuit vindt herstelondersteuning plaats in de generalistische basis ggz, de gespecialiseerde ggz, de verslavingszorg, de maatschappelijke opvang en in het sociale domein. Professionals werken in geïntegreerde ggz-instellingen, psychiatrische afdelingen van algemene en/of academische ziekenhuizen, regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW), re-integratiecentra, kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen, instellingen voor verslavingszorg, therapeutische gemeenschappen, instellingen voor forensische psychiatrie, sociale wijkteams, organisaties voor jeugdzorg, organisaties in de maatschappelijke opvang, gezondheidscentra, huisartsenpraktijken en vluchtelingenopvang.

Alle disciplines die hier werkzaam zijn, hebben met herstelondersteuning te maken. Het betreft psychiaters, psychotherapeuten, (klinisch) psychologen, verslavingsartsen, verpleegkundigen (SPV), verpleegkundig specialisten GGZ, verzorgenden, POH-GGZ (praktijkondersteuners huisartsenzorg), geestelijk verzorgers,

maatschappelijk werkers, SPH's (sociaal-pedagogisch professionals), GGZ-agoog, ambulante woonbegeleiders, sociaal werkers, vaktherapeuten, activiteiten-, traject- en werkbegeleiders. Herstelondersteuning veronderstelt een andere rol en basishouding van deze professionals. Voor de benodigde competenties, zie [Competenties](#).

4.1.3. Aanbevelingen

- Betrek naasten en andere personen uit het netwerk van de patiënt bij herstelondersteunende zorg (zie ook de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek).
- Organiseer de ondersteuning integraal rondom het individu, inclusief het sociale domein en het informele circuit. In dit circuit spelen lotgenoten, naasten en vrijwilligers een belangrijke rol.
- Betrek familie-ervaringsdeskundigen in ggz- en wijkteams. Familie-ervaringsdeskundigen kunnen ervoor zorgen dat er meer oog komt voor de rol, ervaringen en ondersteuning van betrokken naasten.

4.2. Samenwerking

Om herstel te kunnen realiseren vinden begeleiding en behandeling zoveel mogelijk vanuit en aansluitend op de maatschappelijke context van de patiënt plaats. Zo worden bestaande sociale rollen behouden en bestaande participatie bevorderd. De patiënt wordt zo in staat gesteld de regie over zijn leven te hervinden en aan de samenleving deel te nemen. Opname in een instelling is een soms noodzakelijke maar -door de grote impact- liefst zo kort mogelijke episode in een ambulant begeleidingstraject. Dit alles vereist goede samenwerking van ambulante diensten met intramurale diensten, en van hulp- en dienstverlening van ggz én sociaal domein.

4.2.1. Ambulante zorg

In de ambulante zorg is een belangrijke rol weggelegd voor F-ACT (Flexibele Assertive Community Treatment) en wijkteams. Hoewel in F-ACT de principes van behandeling, begeleiding en ondersteuning bij participatie gecombineerd worden en het model aansluit bij de principes van herstelondersteunende zorg, zijn in de praktijk nog belangrijke verbeteringen mogelijk, zoals de aandacht voor het levensverhaal, traumabehandeling en werk en participatie. Een goede beschikbaarheid van rehabilitatiemethoden en IPS in F-ACT-teams ondersteunt maatschappelijk herstel. Daarnaast wordt gepleit voor een nauwe afstemming van F-ACT- en wijkteams, waarbij de teams over en weer teamleden kunnen detacheren en expertise lenen of uitwisselen.

Bron: Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014.

4.2.2. In het sociaal domein

Herstelondersteuning vraagt om goede verbindingen van ggz-zorg met herstelacademies, zelfregiecentra en buurtprojecten in het sociale domein om processen van herstel regionaal te ondersteunen.

Bron: Couwenbergh & Van Weeghel, 2014

In de praktijk is de wens er wel om deze verbindingen te realiseren, maar komen ze lang niet altijd van de grond. Het werken met Resource Groepen kan houvast bieden om de samenwerking tussen patiënt en diens informele en professionele netwerk te structureren. De patiënt bepaalt de samenstelling van de resource groep, afhankelijk van de persoonlijke voorkeuren en doelen. De groep komt vervolgens met enige regelmaat bij elkaar om de gezamenlijke aanpak voor te bereiden en te evalueren.

In de wijk

Bij het organiseren van herstelondersteuning in de wijk kunnen ervaringsdeskundigen diverse stakeholders, zoals patiëntenorganisaties, gemeente, wijkteams/in de wijk werkzame professionals en bewoners(organisaties) met elkaar verbinden.

Bron: Van Bergen et al., 2015.

Daarnaast is goede samenwerking tussen ggz-professionals en sociaal werkers noodzakelijk. De generalistische sociaal werker zal hierbij de expertise van de wijk inzetten (en verbindingen leggen met en in de buurt), de ggz-professional de kennis van de doelgroep. Nodig voor samenwerking is elkaar kennen, samenwerkingsafspraken, gezamenlijke kwaliteits- of innovatietrajecten, ontwikkeling van deskundigheid en afstemming met het wijkteam.

Bron: Van Bergen, 2013.

Het gaat niet alleen om het vergroten van de kennis van sociaal werkers en betrokken vrijwilligers over het omgaan met gedrag voortkomend uit een psychische aandoening. Vanuit de ggz is ook erkenning nodig van de kennis en werkwijze binnen het sociaal domein. Alleen als beide vormen van kennis en beide manieren van werken in het ondersteuningspalet beschikbaar zijn, kunnen mensen voldoende en op maat ondersteund worden bij hun persoonlijke herstelprocessen.

4.2.3. Aanbevelingen

- Bied de zorg en ondersteuning aan mensen met psychische aandoeningen vanuit zorgnetwerken rondom en met de patiënt, waarin professionals uit zorg en welzijn, ervaringsdeskundigen, naasten en vrijwilligers samenwerken. Overweeg deze samenwerking te structureren in Resource Groepen.
- F-ACT-teams dienen zich meer te gaan richten op herstel en participatie en op samenwerking met sociale wijkteams en maatschappelijke organisaties.
- Zorg voor goede afstemming tussen professionals, ervaringsdeskundigen en gemeenten, een wijkgerichte aanpak en de inzet van herstelgerichte methodieken om herstelondersteuning binnen en buiten de ggz vorm en inhoud te geven.
- Faciliteer de verdere ontwikkeling van cliëntgestuurde initiatieven, zoals zelfregiecentra en herstelacademies om processen van herstel regionaal te ondersteunen.
- Maak gebruik van de kennis en werkwijzen van zowel de ggz als het sociale domein om mensen voldoende en op maat te ondersteunen bij hun herstelprocessen.

4.3. Competenties

4.3.1. Competenties van professionals

Professionals kunnen het veranderingsproces bij patiënten ondersteunen en stimuleren door patiënten te helpen concrete en realistische doelen te stellen. Voor de hulpverlener is het van belang om te weten om in welke herstelfase een patiënt zit. De hulpverlener kan de patiënt het vertrouwen geven dat hij in staat is om het leven meer in eigen hand te nemen en zich in meer of mindere mate los te maken van de hulpverlening (zie ook [de generieke module Zelfmanagement](#)).

Soepel schakelen tussen rollen

In de samenwerking met naasten is het belangrijk dat professionals weten te schakelen tussen hun rol als

expert, procesbegeleider/consulent en gelijkwaardig participant. Zij kunnen naast adviseren hoe zij een positieve bijdrage kunnen leveren aan de begeleiding en behandeling van degene met een psychische aandoening, over wat nodig is voor hun eigen herstel en over eventuele ondersteuningsmogelijkheden (zie ook [de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#)).

Kenmerken herstelondersteunende zorg door professionals

Een professional:

Bron: Dröes en Plooy (2010), gebaseerd op Boevink et al., 2009.

- heeft een attitude van hoop en optimisme;
- is present (aandachtig aanwezig);
- gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze;
- maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij het eigen verhaal van de patiënt;
- herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de patiënt (empowerment) zowel individueel als collectief;
- erkent, benut en stimuleert de ontwikkeling van ervaringskennis van de patiënt;
- erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de patiënt door belangrijke anderen;
- is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie/autonomie.

Het terughoudend gebruik van het professionele referentiekader is niet eenvoudig, zo blijkt uit de praktijk. Met de beste bedoelingen kunnen professionals toch vervallen in 'herstelondermijnende reflexen', zoals de neiging om de patiënt op de goede weg te helpen en om de problemen van de patiënt op te lossen.

Bron: Van Wel et al., 2014.

Dit maakt een proactieve houding van professionals of informele ondersteuners niet onmogelijk, integendeel. Het gaat erom dat de professional gebruik van zijn professionele kennis niet op de voorgrond stelt en altijd dienstbaar maakt aan het herstelproces van de patiënt. Hierbij komen de persoonlijke ervaringen, inschattingen en vaardigheden van de professional meer op de voorgrond te staan.

Bron: Van Hoof et al., 2014.

In de presentiebenadering wordt vooral het belang van persoonlijke aanwezigheid benadrukt. 'Er zijn voor de ander', persoonlijke betrokkenheid, nabijheid en trouw zijn volgens deze benadering cruciale elementen van herstelondersteuning.

Bron: Baart, 2001.

4.3.2. Competenties van ervaringsdeskundigen

De ervaringsdeskundige onderscheidt zich van andere professionals doordat hij of zij

ervaringskennis inzet in het contact met de ander, op een gelijkwaardige manier die berust op wederkerigheid. De ervaringsdeskundige toont met zijn eigen herstelproces het bestaan van het vermogen om te herstellen aan. In de woorden van het [Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid](#): {ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstellervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel}.

Bron: GGZ Nederland, Trimbos-instituut, HEE!, Kenniscentrum Phrenos, 2013

Als overkoepelende competentie voor ervaringsdeskundige formuleert dit profiel dat deze persoon {ervaringsdeskundigheid in kan zetten en herstel kan faciliteren}. Een aantal generieke competenties ondersteunt dit: niet-medisch taalgebruik, betekenisgeving kritisch en open kunnen bezien, oordeelloos luisteren, wederkerige inbreng met respect voor verschil, flexibel met grenzen omgaan, begrip van en vertrouwen hebben in herstel, begrip van en voor conflicten, reflectie en introspectie. In het beroepscompetentieprofiel worden de competenties verder uitgewerkt.

4.3.3. Aanbevelingen

- Voor professionals: Sluit aan bij het verhaal van de patiënt; vraag zowel naar datgene wat zin geeft als naar waar iemand last van heeft; vraag naar wat helpend was in eerdere situaties; heb vertrouwen in de patiënt en geef hoop; werk mensgericht waarbij gelijkwaardigheid en samenspraak centraal staan; sluit aan bij het tempo van de patiënt, herken en stimuleer sterke kanten en initiatief van de patiënt; stimuleer de patiënt tot onderlinge steun en zoek naar andere stimulerende factoren voor herstel.
- Reflecteer op de eigen (culturele) normen en waarden, het eigen handelen en het handelen van het team. Dat kan door casuïstiekbesprekingen en intervisie, maar ook door feedback te vragen aan patiënten.
- Professionals adviseren naast hoe zij een positieve bijdrage kunnen leveren aan de begeleiding en behandeling van degene met een psychische aandoening, wat nodig is voor hun eigen herstel en over eventuele ondersteuningsmogelijkheden.
- Voor organisaties: Zorg dat de ervaringsdeskundigen voldoen aan het beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid.
- Voor het beroepsonderwijs: Integreer herstelondersteuning, empowerment en ervaringsdeskundigheid, gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement in het curriculum van het (hoger) beroepsonderwijs voor ervaringsdeskundigen en andere professionals.

4.4. Kwaliteitsbeleid

Transformatie naar herstelondersteuning binnen de instelling is niet eenvoudig. Dat vraagt om een veelomvattende aanpak, waarbij de hele organisatie, het zorgaanbod en de manier van werken doordrongen raakt van de herstelvisie. Het is een voortdurend proces om deze visie levend te houden, te delen en als meetlat naast het eigen functioneren en dat van het team, de afdeling en de organisatie te leggen. Richt men zich slechts op een of enkele onderdelen van herstelondersteuning, dan bestaat het risico dat deze initiatieven stuk lopen op het feit dat de organisatie niet meebeweegt. De invoering van herstelondersteuning kan worden belemmerd door een onduidelijke visie en werkwijze, onduidelijkheid over de rol van ervaringsdeskundigen in de organisatie en weerstand bij professionals. Specifieke aandacht voor deze mogelijke obstakels is noodzakelijk.

Bron: Davidson et al., 2009.

Daarnaast is van belang zich te realiseren dat herstel juist ook in tijden van crisis van belang is, zoals blijkt uit de ervaringen in de forensische sector.

4.4.1. Cultuurverandering

Om tot een cultuurverandering te komen is het allereerst nodig een herstelgerichte visie en begrippenkader voor de eigen organisatie te ontwikkelen met de belangrijkste herstelwaarden, zoals verbondenheid met anderen, hoop, identiteit, betekenisgeving, grip op het eigen leven (zie [Herstelondersteunende zorg – Visie op herstel](#)). Deze waarden kunnen verder worden uitgewerkt naar toepassing in de praktijk, bijvoorbeeld door middel van intervisie met ervaringsdeskundige begeleiding. Andere werkzame elementen van cultuurverandering zijn onder andere: de juiste mensen op de juiste plek, voldoende kennis en competenties

van de professionals (door structurele training en scholing), reflectief leren in kleine groepen en individuele supervisie (om de in de training opgedane inzichten te vertalen naar de dagelijkse praktijk) en leidinggevendenden die doordrongen zijn van het belang van herstelondersteuning en van samenwerking met patiënten/ervaringsdeskundigen.

Bron: McKenna et al. 2014.

Ook is nodig om ervaringsdeskundigheid in te brengen op alle niveaus en in alle processen van de organisatie, dus ook op leidinggevend en bestuurlijk niveau. Dat vraagt om goede randvoorwaarden, zodat ervaringsdeskundigen toegerust zijn op hun taken en hun werk op een goede manier kunnen uitvoeren.

4.4.2. Zelfreflectie, dialoog en intervisie

Om een omslag in het denken bij professionals te realiseren, is het wenselijk dat professionals kritisch naar zichzelf durven kijken. Hiervoor is allereerst een dialoog tussen de diverse betrokkenen (professionals, ervaringsdeskundigen, patiënten, naasten, managers) over herstel en herstelondersteuning nodig. Ook kunnen workshops en trainingen georganiseerd worden waarin patiënten en ervaringsdeskundigen hun verhaal vertellen en waarin professionals gestimuleerd worden tot zelfreflectie.

Bron: Kidd et al., 2014.

Belangrijke randvoorwaarden voor herstelondersteuning zijn de ontwikkeling van herstelondersteunende 'tools' (begeleidingsplannen, formulieren), brede voorlichting om draagvlak te creëren en financiering en vrijstelling van professionals voor het volgen van trainingen.

Bron: Mabe et al., 2014.

Het zal vaak voorkomen dat de principes van herstelondersteuning op gespannen voet lijken te staan met de praktijk van alledag. Bijvoorbeeld in tijden van crises, bij verschillen van inzicht of bij tijdgebrek. Herstelgerichtheid is echter niet alleen van belang als het goed gaat, maar in alle fasen van de ondersteuning. Herstelondersteuning is daarom gebaat bij regelmatige reflectie in het steunsysteem (hoe zijn we samen bezig) en via intervisie in het professionele team. Intervisie helpt de gezamenlijk gedragen waarden op scherp te houden.

4.4.3. Aanbevelingen

- Zorg voor een veelomvattende aanpak, waarbij de hele organisatie, het zorgaanbod en de manier van werken doordrongen raken van de herstelvisie en een samenhangend geheel kunnen vormen. Opleidings- en trainingsprogramma's kunnen hier een belangrijke rol in spelen, evenals verankering in het strategisch beleid, een voortdurende dialoog tussen alle in- en externe betrokkenen, voorbeeldgedrag, de bereidheid risico's te nemen, creativiteit in het zoeken naar alternatieven en vaardigheid in het vormgeven van veranderprocessen.
- Breng ervaringsdeskundigheid in op alle niveaus en in alle processen van de organisatie, dus ook op leidinggevend en bestuurlijk niveau.
- Creëer goede randvoorwaarden voor (familie-)ervaringsdeskundigen, zodat zij toegerust zijn op hun taken en hun werk op een goede manier kunnen uitvoeren.
- Creëer een veilige cultuur voor medewerkers met eigen ervaring, doorbreek taboe en stigmatisering van deze medewerkers.

4.5. Financiering

4.5.1. Algemeen

4.5.2. Positieve uitgangspunten

De huidige beleidsdoelstellingen in het zorgstelsel sluiten goed aan bij de principes van een meer herstelondersteunende organisatie van de zorg: dicht bij huis, ondersteuning van zelfmanagement, samenwerking in de eerste lijn. Zorgverzekeraars hebben via hun inkooprol binnen het zorgstelsel ook de gelegenheid om de modernisering van de ggz naar een meer herstelondersteunende sector krachtig aan te sturen. MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid faciliteert dat ook actief in de vorm van een set van inkoopcriteria voor herstelondersteunende zorg. Meer nog dan de uitgangspunten van het zorgstelsel sluit de Wet maatschappelijke ondersteuning met zijn kernbegrippen participatie, burgerschap en eigen kracht aan bij de principes van herstelondersteunende zorg.

Bron: Makkink, S. (2015) Zorginkoop GGz 2015. Criteria & accenten vanuit cliënten-/familieperspectief. Utrecht, LPGGz

De Wmo kan ook stigmadoorbrekend werken, omdat problemen niet worden gemedicaliseerd. Verder biedt de nadruk op burgerinitiatieven ook kansen voor cliëntgestuurde projecten.

Bron: Van Hoof et al., 2015.

4.5.3. Belemmeringen

- Een belangrijke belemmering is de DBC-systematiek binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), in het bijzonder binnen de gespecialiseerde ggz. Deze mist de voor herstelondersteunende zorg benodigde flexibiliteit, samenhang en continuïteit in de primaire zorgprocessen.
- Zorgverzekeraars lijken in de praktijk nog in belangrijke mate in te zetten op zorginkoop en zorgevaluatie aan de hand van 'DSM'-georiënteerde, medisch-psychiatrische kaders en nog weinig op zorginkoop conform criteria voor herstelondersteunende zorg.
- Er is een grote mate van vrijblijvendheid binnen het gemeentelijke stelsel voor ondersteuning bij participatie. De Wmo biedt mogelijkheden maar mede op basis van ervaringen vanuit het verleden bestaat er een vrees voor enerzijds een eenzijdig accent op 'eigen kracht' en anderzijds het achterblijven van investeringen in adequate individuele ondersteuning, vooral voor meer kwetsbare mensen.
- De afstemming tussen de Zvw en de Wmo vraagt aandacht, gezien de risico's van afwenteling en van hiaten in de zorg. De financiering van ervaringsdeskundigen binnen instellingen is in veel gevallen problematisch, omdat het beroep Ervaringsdeskundige nog niet is opgenomen in de beroepentabel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Inmiddels heeft de NZA positief gereageerd op de opname van ervaringsdeskundige ggz als tijdschrijvend beroep op de DBC-beroepentabel. Wel moeten de randvoorwaarden (opleiding, scholing, nascholing) nog ingevuld worden.

4.5.4. Aanbevelingen

- Zorg voor financiering van herstelondersteunende zorg en (familie-)ervaringsdeskundigen binnen instellingen en in het sociale domein.
- Zorg voor geïntegreerde budgetten (vanuit Wmo, Zvw) om patiëntinitiatieven en andere activiteiten op het grensvlak van zorg en samenleving (zoals stigmapbestrijding, kwartiermaken) te realiseren.

5. Kwaliteitsindicatoren

5.1. Algemeen

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ ontwikkelt een indicatorenset inclusief bijbehorende meetinstrumenten die van toepassing zijn op alle ggz standaarden.

6. Achtergronddocumenten

6.1. Samenvattingskaarten

6.1.1. Begrippen

De generieke module Herstelondersteuning biedt handvatten voor de ondersteuning van mensen met (ernstige) psychische en/of verslavingsproblemen bij hun herstel. Deze handvatten zijn bedoeld voor iedereen die een rol kan spelen bij herstelondersteuning: patiënten zelf, naasten, vrijwilligers, ervaringsdeskundigen, zorgverleners en sociaal werkers.

Wat is herstel?

Herstel is een individueel proces en onderdeel van het normale leven. Het gaat om het ontwikkelen van veerkracht en om het omgaan met – en het leven weer oppakken na – ontwrichtende ervaringen. Een veel gehanteerde definitie van herstel is die van Anthony (1993): 'een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven'. Herstel verwijst in dit verband naar herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen, sociale relaties en sociale rollen die als gevolg van psychische en/of verslavingsproblemen aangetast zijn, en dus niet alleen naar vermindering van ziekteverschijnselen. De mogelijkheden en krachten van de mens staan centraal.

Deze omschrijving van herstel sluit goed aan bij de nieuwe definitie van gezondheid: 'het vermogen zich aan te passen en zelf regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'.

Bron: Huber, 2014

Cruciale elementen in herstelprocessen

Bron: Leamy, 2011

- Verbondenheid met anderen: contact met familieleden, vrienden, collega's en meedoen in de samenleving
- Hoop: doorbreken van stilstand door verkennen en oprekken van grenzen
- Identiteit: herdefiniëren van klachten en kwetsbaarheid en ontwikkelen van een positief zelfbeeld
- Betekenisgeving: toekennen van nieuwe betekenissen aan gebeurtenissen (uit het verleden) en aandacht voor zingeving
- Grip op het eigen leven: persoonlijke groei, opnemen van taken en rollen, keuzes kunnen maken

Wat is herstelondersteuning?

Herstel is een uniek en persoonlijk proces, dat voor elk mens anders is. Dit betekent dat ieder mens het zelf moet doen, maar zeker niet alleen. Ondersteuning van anderen betekent veel voor mensen die werken aan hun

herstel. Belangrijk voor die ondersteuning is dat de leefwereld, het levensverhaal, de wensen, behoeften, krachten en mogelijkheden van de mensen die werken aan hun herstel leidend zijn. Ondersteuning moet aansluiten bij het eigen unieke persoonlijke herstelproces.

Persoonlijke betrokkenheid, compassie, nabijheid en trouw zijn cruciale elementen van de attitude van ondersteuners. De basishouding van de professional is die van betrokken ondersteuner of coach, die indien nodig intervenieert.

6.1.2. Figuur samenhang



6.1.3. Inzet ervaringsdeskundigheid

Wat is ervaringsdeskundigheid?

Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstelervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel. De inzet van ervaringsdeskundigheid kan een cruciale rol spelen bij herstel. Werken met ervaringsdeskundigheid maakt het gemakkelijker om contact vanuit gelijkwaardigheid en wederkerigheid tot stand te brengen. Daarnaast biedt het op een goede manier inbrengen van eigen ervaringen in het contact hoop dat ook in de eigen situatie herstel mogelijk is.

Ervaringsdeskundigheid kan individueel worden ingezet, in de vorm van individuele coaching of ondersteuning. Ook kan het in groepen, in de vorm van bijvoorbeeld herstelgroepen of zelfhulpgroepen, worden ingezet.

Inzet van ervaringsdeskundigheid – individueel

- Maak in zorg, sociaal domein en/of bij patiëntinitiatieven de steun van ervaringsdeskundigen toegankelijk, in de rol van:
 - Herstelcoach, voor laagdrempelige ondersteuning bij herstel en participatie
 - Trajectbegeleider, om mensen naar buurthuis, vrijwilligerswerk e.d. te begeleiden
 - Kwartiermaker, om voorzieningen en activiteiten toegankelijk te maken
 - Familie-ervaringsdeskundige, voor ondersteuning van betrokken naasten
- Maak gebruik van instrumenten voor vergroting van zelfregie en het voorkomen van (verergering van) crisis, zoals de crisiskaart.

Inzet van ervaringsdeskundigheid - in groepen

- Maak de inzet van zelfhulp- en herstelgroepen (zoals Herstellen doe je Zelf en WRAP) mogelijk om het herstelproces van patiënten te ondersteunen en hun kwaliteit van leven en zelfregie te vergroten.

Methoden herstel en zelfhulp

- Herstellen doe je zelf
- Wellness Recovery Action Plan
- Crisiskaart
- Herstelgroepen
- Zelfhulpgroepen en lotgenotencontact

6.1.4. Figuur rol van de hulpverlener



6.1.5. Omslag naar herstelondersteuning

Visie

- Cruciaal voor de omslag naar herstelondersteuning is een heldere visie op herstel en herstelondersteuning.
- Herstel is een individueel proces, gericht op het hervinden van persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven. Het individuele proces is leidend, ondersteuning van anderen sluit aan bij dat individuele proces. De mogelijkheden en krachten van de mens staan centraal.
- Professionals, teams en organisaties in de gespecialiseerde zorg en het sociale domein moeten zich deze visie actief eigen maken en hem verder invullen binnen hun eigen context.

Herstelondersteuning in de praktijk

- Zoek een gezamenlijke taal en een gezamenlijk vertrekpunt voor samenwerking. Vragen als: wat is er met je gebeurd; wat zijn je krachten en kwetsbaarheden; wat is je doel; en wat heb je nodig, kunnen hierbij behulpzaam zijn. Daarnaast gaat het vooral ook om het achterhalen van het levensverhaal van de patiënt en diens interpretatie hiervan in zijn of haar eigen context.

- Maak gebruik van rehabilitatie- en netwerkmethoden om maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen te helpen bevorderen.
- Besteed aandacht aan de betekenisgeving en zingeving van mensen met (ernstige) psychische en/of verslavingsproblemen.
- Maak zelfstigma en stigmatisering door anderen binnen en buiten de ggz bespreekbaar (zie ook de generieke module Destigmatisering).
- Besteed aandacht aan spanningsvelden, zoals bij het nemen van risico's, de toepassing van drang en dwang, en verschillen tussen professioneel en persoonlijk perspectief.

Methoden herstelondersteuning

- Begeleid lotgenotencontact
- Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen
- Strengths model
- Individuele Rehabilitatiebenadering
- Individuele Vraaggerichte benadering
- Illness Management and Recovery
- Individuele Plaatsing en Support
- Netwerkcirkel
- Netwerkcoach

6.1.6. Samenwerking

Samenwerking naasten

- Maak integrale ondersteuning van de patiënt bij zijn herstel toegankelijk, met zorg en ondersteuning vanuit diens sociale netwerk, ggz, verslavingszorg en het sociale domein. Overweeg deze samenwerking te structureren in Resource Groepen.
- Bespreek in elke zorgfase de relatie met de naasten en geef aan dat samenwerken het beste is voor de behandeling. Respecteer de keuze van de patiënt. Adviseer naasten hoe zij een positieve bijdrage kunnen leveren aan de begeleiding en behandeling van degene met een psychische aandoening, bespreek wat nodig is voor hun eigen herstel en eventuele ondersteuningsmogelijkheden hierbij.
- Betrek familie-ervaringsdeskundigen in ggz- en wijkteams. Familie-ervaringsdeskundigen kunnen ervoor zorgen dat er meer oog komt voor de rol, ervaringen en ondersteuning van betrokken naasten.
- Meer aanbevelingen over het betrekken en ondersteunen van naasten zijn te vinden in de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek.

Samenwerking in de wijk

- Zorg voor een goede afstemming tussen professionals uit de ggz en het sociale domein, ervaringsdeskundigen en gemeenten; een wijkgerichte aanpak en de inzet van herstelgerichte methodieken om herstelondersteuning integraal binnen en buiten de ggz vorm te geven.
- Maak gebruik van de kennis en werkwijzen van zowel de ggz als het sociale domein om mensen te ondersteunen bij hun herstel.
- Maak in het sociale domein ondersteuning voor participatie toegankelijk, in samenwerking met mensen met psychische aandoeningen zelf.
- Organiseer actieve betrokkenheid van maatschappelijke organisaties als bijvoorbeeld sportverenigingen, wijk- en buurtcentra, herstelacademies, zelfregiecentra en levensbeschouwelijke organisaties om participatiewensen te helpen realiseren.
- Zet kwartiermakers, eventueel met ervaringsdeskundigheid, in binnen reguliere voorzieningen om te zorgen dat mensen met een psychische aandoening zich er welkom en veilig voelen.
- Zorg voor een steviger focus van F-ACT-teams op herstel en participatie. Dit kan door samenwerking met sociale wijkteams, maatschappelijke organisaties en regionale patiëntinitiatieven en het opnemen van rehabilitatiedeskundigen in de teams.

Methoden samenwerking

- Eigen Kracht-conferenties
- Triadekaart
- Resource Groepen
- Kwartiermaken
- Flexibele ACT (F-ACT)

6.1.7. Randvoorwaarden

Reflectie en scholing

- Reflecteer op de eigen normen en waarden.
- Zorg voor continue reflectie op alle niveaus, bijvoorbeeld door casuïstiekbesprekingen, intervisie, supervisie en moreel beraad, alsook door feedback te vragen aan patiënten.
- Faciliteer opleidings- en trainingsprogramma's voor patiënten, ervaringsdeskundigen en andere professionals binnen de organisatie.

Organisatie en financiering

- Zorg voor een veelomvattende aanpak. Alleen wanneer de hele organisatie, het zorgaanbod en de manier van werken doordrongen zijn van de herstelvisie kan zich een samenhangend geheel vormen. Opleidings- en trainingsprogramma's kunnen hier een belangrijke rol in spelen, evenals verankering in het strategisch beleid, een voortdurende dialoog tussen alle in- en externe betrokkenen, voorbeeldgedrag, de bereidheid risico's te nemen, creativiteit in het zoeken naar alternatieven, vaardigheid in het vormgeven van veranderprocessen.
- Breng ervaringsdeskundigheid in op alle niveaus en in alle processen van de organisatie, dus ook op leidinggevend en bestuurlijk niveau.
- Creëer goede randvoorwaarden voor de inzet van ervaringsdeskundigen op alle niveaus in de organisatie, zodat zij toegerust zijn op hun taken en hun werk op een goede manier kunnen uitvoeren. Het Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid en het Basiscurriculum Ervaringsdeskundigheid bieden hiervoor belangrijke bouwstenen.
- Creëer een veilige cultuur voor medewerkers met eigen ervaring, doorbreek taboe en stigmatisering van deze medewerkers.
- Zorg voor financiering van ervaringsdeskundigen binnen instellingen en in het sociaal domein.
- Faciliteer (inclusief bekostiging) de verdere ontwikkeling van cliëntgestuurde initiatieven, zoals zelfregiecentra en herstelacademies om processen van herstel in de regio te ondersteunen.
- Zorg voor geïntegreerde budgetten om patiëntinitiatieven en andere activiteiten op het grensvlak van zorg en samenleving te realiseren (zoals stigmapbestrijding en kwartiermaken).
- Zorg voor continue monitoring van de mate waarin de omslag naar herstelondersteunend werken in praktijk is en wordt gebracht. De ROPI kan hierbij behulpzaam zijn.

Onderwijs

- Integreer , empowerment en ervaringsdeskundigheid, gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement in het curriculum van het beroepsonderwijs voor ervaringsdeskundigen en professionals in zorg en sociaal domein.

6.1.8. Meer informatie?

Handreikingen, werkboeken e.d.

[Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGz.](#) Hendriksen-Favier, A.I., Nijns, K. , van Rooijen, S. (2012). Utrecht: Trimbos-instituut.

[Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid in de GGZ](#). D. Boertien, M. van Bakel (2012). Utrecht: Kenniscentrum Phrenos/Trimbos-instituut.

Herstelondersteuning. Van kans naar realiteit! Kansen voor mensen met een langdurige psychische kwetsbaarheid. Initiatiefgroep Herstelondersteuning (2011). Zeist: A-D Druk.

[Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid \(2013\)](#). GGZ Nederland, Trimbos-instituut, HEE!, Kenniscentrum Phrenos.

[Basiscurriculum Ervaringsdeskundigheid. Bouwstenen voor onderwijs en opleidingen voor ervaringsdeskundigen \(2015\)](#). Erp, N. van, D. Boertien, S. van Rooijen. Trimbos-instituut / Kenniscentrum Phrenos, Utrecht.

Hart voor de GGZ. Werken met compassie in een nieuwe GGZ. R. van Staveren (2016). Utrecht: De Tijdstroom.

Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Van der Stel (2012). Den Haag: Boom|Lemma.

Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn. Korevaar, L. & Dröes, J. (red.) (2016). Bussum: Uitgeverij Coutinho.

[Bouwstenen zelfmanagement en passende zorg](#). Wollaars, M. (2014). Utrecht: Landelijk Platform GGZ.

Toolkit herstelondersteunende zorg en sociale participatie. Neijmeijer, L., & A. Hendriksen (2009). Utrecht: Trimbos-instituut/Vilans.

[Handreiking ROPI. Recovery Oriented Practices Index](#). Hendriksen-Favier, A.I., Rooijen, S. van, & Rijkaart, A.M. (2011). Utrecht: ZuidamUithof Drukkerijen.

Websites

<http://www.herstelondersteuning.nl>: In de Werkplaats Herstelondersteuning wordt vanuit de praktijk gewerkt aan het vormgeven van herstelondersteunende zorg binnen organisaties en het creëren van de hiervoor noodzakelijke voorwaarden.

<http://www.deervaringsdeskundige.nl>: De ervaringsdeskundige.nl biedt informatie over de ontwikkeling van ervaringskennis en de inzet van ervaringsdeskundigheid.

<http://www.hee-team.nl>: HEE is onderdeel van het Trimbos-instituut en biedt onder andere de cursussen Herstelondersteunende Zorg, WRAP, Fotovoice en herstelgroepen aan.

<http://www.kenniscentrumphrenos.nl>: Kenniscentrum Phrenos biedt o.a. de trainingen Herstellen doe je zelf, WRAP en Individuele Plaatsing en Steun (IPS) aan.

<https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/>: De databank Interventies langdurige ggz biedt informatie over (de effectiviteit van) interventies zoals Herstellen doe je Zelf, WRAP, IRB, SRH en IPS.

<http://www.movisie.nl>: De databank Effectieve sociale interventies van Movisie biedt informatie over (de effectiviteit van) interventies in het sociale domein zoals kwartiermaken, netwerkcoach en netwerkcirkel.

<http://www.landelijkplatformggz.nl>: MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid is de nieuwe naam voor de samenwerking tussen LPGGz, de koepel van 20 patiënten- en familieorganisaties in de ggz, en het Fonds Psychische Gezondheid. De organisatie biedt tal van cursussen en lotgenotengroepen aan en voert projecten uit. Zie <https://wijzijnmind.nl/over-mind>.

<http://www.rehabilitatie92.nl>: Stichting Rehabilitatie '92 biedt trainingen en consultatie op het gebied van rehabilitatie, waaronder de IRB.

<http://www.rinogroep.nl>: RINO Groep is licentiehouder van de SRH en verzorgt diverse trainingen.

6.2. Samenvatting aanbevelingen

De generieke module Herstelondersteuning geeft concrete handvatten aan alle actoren die een rol spelen in het kader van herstel van patiënten met (ernstige) psychische aandoeningen: patiënten zelf, naasten, vrijwilligers, ervaringsdeskundigen, ggz-professionals en sociaal werkers. Daarnaast geeft de module handreikingen voor de organisatie van herstelondersteunende zorg, zoals de visie, randvoorwaarden en samenwerking) binnen de ggz, verslavingszorg en het sociale domein. Dit achtergronddocument bevat de belangrijkste aanbevelingen samen.

De generieke module biedt geen pasklare antwoorden. Professionals, informele ondersteuners, teams en organisaties moeten zelf de visie en aanbevelingen vertalen naar hun praktijk. Voor een deel van de aanbevelingen geldt dat ze waar mogelijk opgevolgd moeten worden; de specifieke context kan beperkingen aan de haalbaarheid met zich mee brengen.

6.2.1. Aanbevelingen aan cliënten(organisaties) en ervaringsdeskundigen

- Maak de inzet van zelfhulp- en herstelgroepen (zoals Herstellen doe je Zelf en WRAP) mogelijk om het herstelproces van patiënten te ondersteunen en hun kwaliteit van leven en zelfregie te vergroten.
- Ondersteun het herstelproces en de ontwikkeling van eigen regie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en/of verslavingsproblemen. Ze zijn een rolmodel en bieden hoop dat herstel mogelijk is.
- Stimuleer als ervaringsdeskundige het maatschappelijk herstel en ga stigmatisering tegen door mensen te begeleiden naar een buurthuis, vrijwilligerswerk et cetera en door ervoor te zorgen dat maatschappelijke voorzieningen toegankelijk worden voor mensen met psychische aandoeningen.

6.2.2. Aanbevelingen aan naasten, familieorganisaties en familie-ervaringsdeskundigen

- Lever – zo veel als mogelijk en wenselijk – als naaste een positieve bijdrage aan de begeleiding en behandeling van degene met een psychische aandoening. Geef aan wat nodig is voor het eigen herstelproces en welke ondersteuning daarbij gewenst van anderen (professionals, familie-ervaringsdeskundigen, familieorganisaties et cetera).
- Maak de inzet van zelfhulpgroepen voor naasten mogelijk om het herstelproces van naasten te ondersteunen.
- Zorg er als familie-ervaringsdeskundige voor dat er meer oog komt voor de rol, ervaringen en ondersteuning van betrokken naasten. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de Triadekaart.

6.2.3. Aanbevelingen aan professionals

Algemeen

- Sluit aan bij het verhaal van de patiënt; vraag zowel naar datgene wat zin geeft als naar waar iemand last van heeft; vraag naar wat helpend was in eerdere situaties; wees eerlijk en open tegen de patiënt en geef hoop; werk mensgericht waarbij gelijkwaardigheid en samenspraak centraal staan; sluit aan bij het tempo van de patiënt, herken en stimuleer sterke kanten en initiatief van de patiënt; stimuleer de patiënt tot onderlinge steun en zoek naar andere stimulerende factoren voor herstel.
- Reflecteer op de eigen (culturele) normen en waarden, het eigen handelen en het handelen van het team. Dat kan door casuïstiekbesprekingen en intervisie, maar ook door feedback te vragen aan patiënten.
- Maak zelfstigma en stigmatisering door anderen binnen en buiten de ggz bespreekbaar.

Zorgprofessionals

- Zoek een gezamenlijke taal en een gezamenlijk vertrekpunt met de patiënt voor samenwerking. Vragen als: wat is er met je gebeurd, wat zijn je krachten en kwetsbaarheden, wat is je doel en wat heb je nodig, kunnen

hierbij behulpzaam zijn. Daarnaast gaat het vooral ook om het achterhalen van het levensverhaal van de patiënt en diens (her)interpretatie hiervan in zijn of haar eigen context.

- Gezamenlijke besluitvorming is nodig om de patiënt invloed te geven op de keuze en invulling van de behandeling. Hierbij is het belangrijk om niet alleen de uiteindelijke beslissingen, maar ook de onderliggende overwegingen gezamenlijk overeen te komen.
- Bespreek in elke zorgfase de relatie met de naasten en geef aan dat samenwerken het beste is voor de behandeling. Respecteer de keuze van de patiënt. Adviseer naasten hoe zij een positieve bijdrage kunnen leveren aan de begeleiding en behandeling van degene met een psychische aandoening, bespreek wat nodig is voor hun eigen herstel en eventuele ondersteuningsmogelijkheden hierbij.
- Kijk vanuit een brede herstelondersteunende invalshoek welke behandelinterventies op welk moment en op welke wijze kunnen bijdragen aan iemands herstel.
- Besteed aandacht aan mogelijke spanningsvelden in de behandeling, bijvoorbeeld bij acute crisissituaties, bij het nemen van risico's en het maken van fouten (de 'dignity of risk') en bij de toepassing van dwang en drang (o.a. over de gevolgen van separatie).
- Besteed aandacht aan de betekenisgeving en zingeving van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en verslavingsproblemen.
- Maak begeleidingstrajecten en begeleidingsplannen voldoende flexibel om aan te sluiten bij het individuele herstelproces van de patiënt.
- Maak gebruik van rehabilitatie- en netwerkmethoden (zoals IRB, Eigen Krachtconferenties) om maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen te helpen bevorderen.
- Maak gebruik van de crisiskaart om de regie bij de patiënt te leggen tijdens een crisissituatie en (verergering van) crisis en gedwongen opname te voorkomen. Ervaringsdeskundige consultants kunnen de patiënt hierbij ondersteunen.

Sociaal werkers

- Creëer in de samenleving de voorwaarden voor herstel door in het sociale domein - in samenwerking met mensen met psychische aandoeningen zelf - de benodigde ondersteuning te bieden en faciliteren.
- Creëer actieve betrokkenheid van maatschappelijke organisaties om participatiewensen te helpen realiseren.
- Probeer binnen reguliere voorzieningen de voorwaarden te scheppen die maken dat mensen met een psychische aandoening zich er welkom en veilig voelen.
- Betrek naasten bij herstelondersteuning, adviseer hoe zij een positieve bijdrage kunnen leveren aan de begeleiding en wat nodig is voor hun eigen herstel.
- Maak gebruik van rehabilitatie- en netwerkmethoden (zoals IRB, Eigen Krachtconferenties) om maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen te helpen bevorderen.

6.2.4. Aanbevelingen managers

Managers zorg

- Faciliteer trainings- en herstelprogramma's voor patiënten/ervaringsdeskundigen (zoals WRAP, Herstellen doe je zelf) en professionals (training Herstelondersteunende Zorg) binnen de organisatie.
- Breng ervaringsdeskundigheid in op alle niveaus en in alle processen van de organisatie, dus ook op leidinggevend en bestuurlijk niveau.
- Creëer goede randvoorwaarden voor de inzet van ervaringsdeskundigen op alle niveaus in de organisatie, zodat zij toegerust zijn op hun taken en hun werk op een goede manier kunnen uitvoeren. Het Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid en het Basiscurriculum Ervaringsdeskundigheid bieden hiervoor belangrijke bouwstenen.
- Creëer een veilige cultuur voor medewerkers met eigen ervaring, doorbreek taboe en stigmatisering van deze medewerkers.
- Neem rehabilitatiedeskundigen op in F-ACT-teams en zoek aansluiting met zelfhulpnetwerken, sociale wijkteams en maatschappelijke organisaties.
- Gebruik de ROPI om de organisatie te stimuleren meer herstelondersteunend te werken.

Managers zorg en sociaal domein

- Zorg dat in iedere gemeente ervaringsdeskundigen beschikbaar zijn in de wijk, om laagdrempelig en preventief ondersteuning te bieden bij herstel en participatie, bijvoorbeeld verbonden aan sociale wijkteams, huisartsenpraktijken, klinieken en time-outvoorzieningen/respijtzorg.
- Betrek familie-ervaringsdeskundigen in ggz- en sociale wijkteams.
- Organiseer de ondersteuning integraal rondom en met het individu, inclusief het sociale domein en het informele circuit (lotgenoten, naasten en vrijwilligers). Overweeg deze samenwerking te structureren in resource groepen.
- Zorg voor goede afstemming tussen professionals, ervaringsdeskundigen en gemeenten, een wijkgerichte aanpak en de inzet van herstelgerichte methodieken om herstelondersteuning binnen en buiten de ggz vorm en inhoud te geven.
- Maak gebruik van de kennis en werkwijzen van zowel de ggz als het sociale domein om mensen voldoende en op maat te ondersteunen bij hun herstelprocessen.

6.2.5. Aanbevelingen financiers

- Zorg voor geïntegreerde budgetten (vanuit Wmo, zorgverzekeringswet) om cliëntgestuurde initiatieven (zoals zelfregiecentra en herstelacademies) en activiteiten op het grensvlak van zorg en samenleving (zoals stigmabestrijding, kwartiermaken) te realiseren.
- Zorgverzekeraars en gemeenten: zorg voor financiering van herstelondersteunende zorg en (familie-) ervaringsdeskundigen binnen instellingen en in het sociale domein.

6.3. Samenstelling werkgroep

Totstandkoming

Totstandkoming: InEen, NVKG en NVP hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van InEen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genooddaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

De NVP heeft afgezien van autorisatie zonder opgave van reden.

Deze generieke module is in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz tot stand gekomen en is ontwikkeld door een projectgroep van het Trimbos instituut (Nicole van Erp, Sonja van Rooijen, Hans Kroon) en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (Cora Brink) in samenwerking met de volgende organisaties:

Werkgroep

Voorzitter: dhr. Jos Dröes, psychiater, Stichting Rehabilitatie '92

Organisatie	Vertegenwoordiger(s)
HEE!	Marianne van Bakel
Kenniscentrum het Zwarte Gat	Marcel van Natten
Kenniscentrum Phrenos	Dienke Boertien
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	Cathrien Hoff
Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland	Christian Klijs
Nederlands Instituut van Psychologen	Greet Wilrijcx
Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen	Taco Bos
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk	Jeroen Roggekamp
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Paul Ulrich & Anneriek Risseeuw(Ypsilon)
Vakvereniging voor Ervaringswerkers Movisie	Harry v Haaster/Eric vd Eerden
Werkplaats Herstelondersteuning	Anne-Marie van Bergen
Kenniscentrum sociale innovatie	Kees van Aart
GGZ inGeest Academische werkplaats herstel en rehabilitatie	Jan Sitvast
Hogeschool Windesheim	Barbara Stringer
GGZ Nederland	Alie Weerman
	Wineke Jennissen & Martijn Kole (Lister/Enik)

Adviesgroep

Organisatie	Vertegenwoordiger(s)
GGZ Nederland	Yvonne Moolenaar
Federatie Opvang	Rina Beers
RIBW Alliantie	Linda Brink
VNG	Ico Kloppenburg
MO-groep	Marcel Mathijssen
Zorgverzekeraars Nederland	Debbie Brink
Resultaten scoren	Geurt van de Glind
Netwerk Vroege Psychose	Dorothe van Slooten
Federatie Vaktherapeutische Beroepen	Leontien de Jong-Waarma