



Anders willen. Anders doen.

Inaugurele rede Nynke Boonstra

07 07 23

ORATIE

Mijnheer de Rector Magnificus, Leden van het College van Bestuur van de Universiteit Utrecht, Leden van de Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, collega's, vrienden en familie.

Verpleegkunde in de geestelijke gezondheidszorg; Anders willen. Anders doen.

Een ambitieuze titel voor een ambitieuze beroepsgroep. Deze titel zegt zowel iets over de focus van mijn leerstoel als wel over de doelgroep verpleegkundigen waarmee ik deze leerstoel primair ga vormgeven. Ik zeg primair want het uitgangspunt binnen de leerstoel is interdisciplinaire samenwerking waarbij verbinding van disciplines en expertise essentieel is.

Op de kop af 27 jaar geleden startte ik als verpleegkundige op de opnameafdeling van GGZ Friesland in Franeker. Een traditionele psychiatrische afdeling waar zestien mensen met een psychiatrische aandoening, veelal tegen hun wil, waren opgenomen. Er werd vooral veel medicatie voorgeschreven en koffiegedronken, roken werd nog ingezet als interventie. De kloof tussen patiënten en hulpverleners was enorm: we mochten niet vertellen wat onze achternamen waren, waar we woonden en wat we deden in onze vrije tijd. Toch merkte ik dat ik door gesprekken te voeren van mens tot mens of door samen een activiteit uit te voeren soms wel echt in contact kwam met hen en me ook regelmatig kon invoelen wat iemand bewoog en waarom iemand bepaald gedrag vertoonde. Ik zocht naar handvatten voor het vak verpleegkunde binnen de psychiatrie en vroeg mij af hoe je als verpleegkundige kunt bijdragen aan het herstel en de veerkracht van mensen die psychisch lijden, die we overigens destijds heel anders noemden, namelijk hij is schizofreen en zij is een borderliner.

Een vraag die mij bezighield was hoe de verhouding was tussen de disciplines die slechts een uur per dag of minder contact hadden met de cliënt zoals een psychiater, en verpleegkundigen die 24/7 zicht hadden op hoe het met iemand ging. Verpleegkundigen wisten vaak veel beter of

iemand meer vrijheden aan kon als er sprake was van separeerverpleging of waar knelpunten lagen in het herstelproces. We spraken als verpleegkundigen onderling vaak over onze overwegingen ten aanzien van bijvoorbeeld het vergroten van de draagkracht van iemand door activiteiten te plannen zoals samen naar een winkel gaan en te kijken hoe iemand daarop reageerde. Maar ik zag ook dat de verpleegkundigen zich richting de andere disciplines vaak niet uitspraken. Wanneer ik hardop vragen stelde, bijvoorbeeld waarom we iemand die werd opgenomen standaard drie dagen binnen hielden zonder naar de persoonlijke situatie te kijken, werd er gezegd dat dit standaard beleid was en werden mijn argumenten om het anders te doen weggelachen of weggewuifd. Naast een kloof tussen patiënt en hulpverlener was er ook een grote kloof tussen verpleegkundigen en psychiaters.

Dat dit ook anders kon, ervaaarde ik toen ik een jaar later met een aantal bevlogen collega's een nieuwe kliniek mocht opzetten. Verschillende disciplines werkten samen en iedere discipline werd in zijn kracht gezet. Door elkaar te bevragen op overwegingen en door ook kritisch te durven zijn op elkaar, ongeacht discipline en jaren werkervaring, realiseerde ik mij dat de context waarin wij werken, van grote invloed is op hoe je je werk uitvoert en daarmee op het werkplezier. Het had ook zijn weerslag op cliënten: zij vertelden meer over wat ze bezighield en ze waren meer geïnteresseerd in wie wij waren als professionals. Dit leverde enerzijds meer inzichten op over hoe het echt met iemand ging en wat iemand bezighield en anderzijds ook een betere basis voor de behandeling. Zo leerde ik daar dat sommige mensen juist steun ervaaarden van hun stemmen en deze helemaal niet kwijt wilden. Door meer in contact te zijn was aansluiten bij iemands zorgbehoeften veel beter mogelijk.

In deze kliniek is mijn interesse in mensen met een psychosegevoeligheid ontstaan. Ik zag mensen die net als ik, begin twintig waren, volop in hun identiteitsontwikkeling zaten, maar het contact met de realiteit geheel of gedeeltelijk kwijt waren. Ze liepen vaak vast op levensgebieden waarop ik me juist volop aan het ontwikkelen was zoals studie, werk

of relaties. Het advies was destijds ook stevast om stress te vermijden en vooral medicatie te blijven gebruiken om klachten te onderdrukken en de rust op de afdeling te bewaren. Ik zag dat hun leven zich eigenlijk nauwelijks ontwikkelde en vroeg mij vaak af of de behandeling die ze kregen wel de beste was. Als verpleegkundige had ik geleerd mij te richten op het verbeteren van het dagelijks functioneren van de cliënt zoals slapen, bewegen, voeding, werk, studie en zelfontplooiing. Hoe werkte dat als mensen hoge doseringen medicatie en het advies kregen om stressvolle omstandigheden, die doorgaans onderdeel uitmaken van een leven, te vermijden? Wat deed het stilstaan als gevolg van een psychische kwetsbaarheid met hoe iemand naar zichzelf keek en zich als mens ontwikkelde? En had ik daar als verpleegkundige invloed op?

Deze vragen maakten de *scientist practitioner* in mij wakker. Je kunt de psychiatrie wel willen veranderen, maar dat moet ook wetenschappelijk onderbouwd worden. Mijn zoektocht naar antwoorden leidde me naar een studie verplegingswetenschap, onderzoekswerkzaamheden in onder andere mijn functie als lector en het onderwijs. Daarnaast bleef ik in de praktijk werken, en dat zal ik ook blijven doen.

Nu, 27 jaar later, kan ik zeggen dat er in de geestelijke gezondheidszorg gelukkig een aantal stappen is gezet, evenals in het vak verpleegkunde. Ggz instellingen kiezen voor een herstelgerichte aanpak en nemen minder snel mensen op. En met de toename van het aantal master geschoolde verpleegkundigen heeft het vak verpleegkunde zich ontwikkeld tot een *evidence based discipline*; we weten wat we doen, we weten wat we kunnen, en we kunnen op basis van onderzoek en ervaring onze aanpak en resultaten beredeneren.

Toch zijn we er daarmee niet. Ondanks de academische groei van de verpleegkundige discipline en de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg die schreeuwen om een verpleegkundige aanpak, worden verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ggz nog niet optimaal ingezet.

Dat is waar ik me vanuit de leerstoel verpleegkunde in de geestelijke gezondheidszorg voor wil inzetten. Samen

met verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten ggz en verplegingswetenschappers die ook de urgentie voelen. En uiteraard samen met cliënten, naasten en andere disciplines.

Het wetenschappelijk karakter van de verpleegkundige discipline is relatief jong. Het opbouwen van een *body of knowledge* kost tijd en het aan andere disciplines en aan de maatschappij laten zien wat het vak verpleegkunde inhoudt is een langlopend proces. De verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg werken dan ook met een dubbele opdracht. Ten eerste het bevorderen van het functioneren van cliënten en het begeleiden van levensprocessen zoals identiteitsontwikkeling tijdens een periode waarin het leven van de cliënt wordt beïnvloed door psychisch lijden. En ten tweede de emancipatie van het verpleegkundig vak waarbij de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep en de bevordering van de positionering van de verpleegkundige discipline centraal staat. Wetenschappelijke inzichten om het verpleegkundig handelen te onderbouwen en meer inzicht te krijgen in factoren die voor verpleegkundigen belangrijk zijn in hun werk dragen bij aan de verdere professionalisering van de verpleegkundige discipline.

Als *scientist practitioner* ben ik er van overtuigd dat wetenschappelijk onderzoek het fundament vormt onder de klinische praktijk. Het onderbouwt het klinisch redeneren en handelen met valide argumenten en genuanceerde kanttekeningen. Hierin is het belangrijk dat het onderzoek mede wordt uitgevoerd door de doelgroep waarover het onderzoek gaat, zoals (sociaal psychiatrisch)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten ggz en verplegingswetenschappers evenals cliënten en naasten. We doen ten slotte onderzoek naar het psychisch lijden in de context van het dagelijks leven waarin naasten een belangrijke rol spelen.

Onderzoek gericht op het verkrijgen van meer inzicht in processen en werkzame elementen om te komen tot herstel evenals factoren die bijdragen aan het vergroten van veerkracht zijn belangrijke inhoudelijke onderzoeksthema's. Dit in combinatie met het stimuleren van verplegingswetenschappelijk onderzoek zijn voor mij de belangrijkste drijfveren voor het vormgeven van de leerstoel verpleegkunde in de geestelijke gezondheidszorg.

Het komende halfuur neem ik u mee in mijn wereld en plannen. Ik zal vertellen wat het vak verpleegkunde precies inhoudt, welke ontwikkelingen plaatsvinden in de geestelijke gezondheidszorg en welke potentie de verpleegkundige discipline daarin heeft. Vanuit dit overzicht zal ik inzoomen op de manier waarop de leerstoel de komende jaren zal werken aan de emancipatie van de verpleegkundige discipline en aan het bevorderen van herstel en veerkracht van mensen die psychisch lijden. Hierbij geef ik tevens aan welke studies op dit moment in het kader van mijn leeropdracht worden uitgevoerd.

Wat is verpleegkunde?

De verpleegkundige beroepsuitoefening dateert al van voor de jaartelling¹. Al die jaren beschreven artsen en medici hoe het werk gedaan diende te worden en hoe de opleiding voor verpleegkundigen eruit diende te zien. In 1859 beschreef Florence Nightingale als eerste wat het vak verpleegkunde inhield; *'medicine so far as we know, assists nature to remove the obstruction but does nothing more. And what nursing has to do is to put the patient in the best condition for nature to act upon him'*². Een citaat dat in de hedendaagse verpleegkunde nog steeds een belangrijk uitgangspunt is.

In tegenstelling tot de algemene verpleegkundige beroepsuitoefening is de geschiedenis van de psychiatrische verpleegkunde relatief kort. In 1892 werd het eerste examen van de opleiding tot krankzinnigenverpleging afgelegd en pas na de tweede wereldoorlog heeft verpleegkunde als beroepsuitoefening zich verder ontwikkeld tot een zelfstandig georiënteerde discipline die zich richt op de gevolgen van de ziekte³. De theorievorming van de verpleegkunde was in eerste instantie gebaseerd op het medisch model. Hierbij werd uitgegaan van een scheiding tussen lichaam en geest. Een voorbeeld hiervan is het onderscheid tussen het A-diploma voor verpleegkundigen in een ziekenhuis en de B-opleiding voor verpleegkundigen in de psychiatrie. Omdat men tot het inzicht kwam dat het opsplitsen van de mens en zijn gedrag in losse onderdelen te beperkend was, kwam er geleidelijk meer oog voor de samenhang tussen de mens en zijn gedrag en zo ontstond de basis voor de holistische visie van verpleegkunde. Midden jaren vijftig beschrijven Hildegard Peplau en Virginia Henderson in

navolging op Florence Nightingale hun visie op verplegen met de centrale concepten mens, omgeving en gezondheid die voor het verpleegkundig vak van belang zijn. Na Peplau en Henderson volgen meer theorieën over de verpleegkunde waaronder de zelfzorgtheorie van Dorothea Orem⁴. Verpleegkundige modellen en theorieën werden met name ontwikkeld vanuit emancipatorisch oogpunt om van de verpleegkunde een eigen kennisdomein en een eigen wetenschappelijke discipline te maken van waaruit de verpleegkunde verder onderzocht, ontwikkeld, onderbouwd en opgeleid kon worden.

De American Nurses Association beschreef in 1980 verplegen als: *'diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems'*⁵. Op basis hiervan werd verplegen in 1988 door de Raad van de Volksgezondheid geformuleerd als *'Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren als mede advies en bijstand verlenen ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijk en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid'*⁶. Vervolgens werd het beroepsprofiel vastgesteld en werd verpleegkunde erkend als beroep in de nieuwe wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg, oftewel de Wet BIG, conform art. 3. Vanaf 1 december 1997 werd het handelen van de verpleegkundige ook tuchtrechtelijk getoetst. De verpleegkundige werd erkend als beroep. De mogelijkheid tot het instellen van het specialisme voor de verpleegkunde werd met de Wet BIG een belangrijke stap (art. 14).

In 1980 startte in Nederland de opleiding verplegingswetenschap als onderdeel van de faculteit Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg (nu Universiteit Maastricht). En vervolgens startte in 1999 de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz die sinds 2009 zelfstandig bevoegd is om behandeling en zorg te indiceren en te verlenen. Nu 11 jaar geleden, in 2012 is de bevoegdheid tot het indiceren van bepaalde voorbehouden handelingen in de Wet BIG voor verpleegkundig specialisten ggz vastgelegd.

Daarmee is de verpleegkundig specialist ggz naast de psychiater en klinisch (neuro)psycholoog één van de wetenschappelijk erkende specialismen in de geestelijke gezondheidszorg. Met de komst van de opleidingen verplegingswetenschap als wo-master en de opleiding verpleegkundig specialist als hbo-master die beiden leiden tot een Master of Science titel, krijgt het verpleegkundig beroep steeds meer wetenschappelijke erkenning- en onderbouwing.

De eerste hoogleraar Verplegingswetenschap aan de Universiteit Utrecht, Mieke Grypdonck, benoemde in haar oratie in 1996 al het belang van het leven boven de ziekte uitstellen⁷. De focus van verpleegkundigen ligt namelijk op de gevolgen van de ziekte of aandoening bij een persoon, gezin, groep of gemeenschap⁸. Gevolgen van de ziekte of aandoening gaan enerzijds om de gevolgen op het functioneren in het dagelijks leven zoals niet kunnen werken, problemen ondervinden in relaties of niet goed voor zichzelf kunnen zorgen. Daarnaast gaat het om de gevolgen op levensprocessen zoals de identiteitsontwikkeling en het levensperspectief. Zowel gevolgen in het dagelijks functioneren als gevolgen op de manier waarop iemand naar zichzelf kijkt in relatie tot zijn kwetsbaarheden bepalen voor de meeste cliënten in de geestelijke gezondheidszorg hun hulpvraag. Daarbij kan het ook gaan om de gevolgen van gezondheidsproblemen voor het dagelijks leven van naasten.

Welke ontwikkelingen vinden plaats in de ggz?

Zoals u ongetwijfeld weet uit de media of misschien zelfs wel uit eigen ervaring, kampen we in de gehele gezondheidszorg met personele tekorten, zo ook in de geestelijke gezondheidszorg. Deze tekorten nemen de komende jaren alleen maar toe. De belangrijkste reden hiervoor is de zogeheten grijze druk, de verhouding tussen de 65-plussers die gemiddeld meer zorg nodig hebben en de relatief kleinere leeftijdsgroep 20-65 die werk kan verrichten. Het is dan ook van groot belang: meer professionals te enthousiasmeren voor de zorg, de werkzame zorgprofessionals te behouden en de zorg zo efficiënt en effectief mogelijk in te richten. We zijn in Nederland gewend zorgvragen met professionele hulp aan te pakken. Vanuit de verzorgingsstaat heeft de zorg voor een deel de behoefte aan zorg gestimuleerd door

mensen meer regie te ontnemen dan strikt noodzakelijk is. Bijvoorbeeld door eten te verzorgen in instellingen in plaats van mensen zelf eten te laten koken. Dit is enerzijds onhoudbaar maar ook onwenselijk vanuit uitgaan van gezondheid als perspectief. Het is dan ook belangrijk dat de geestelijke gezondheidszorg meer samenwerkt met elkaar, met het sociale domein en ook meer gebruik maakt van online-mogelijkheden. Professionele kennis dient naast ervaringskennis geplaatst te worden, en niet erboven. Zoals nu veelal het geval is. Dat er meer gewerkt wordt met groepen en *peer to peer support* en dat de focus ligt op het bevorderen van veerkracht. We zien dit uitgangspunt terug op verschillende beleidstafels, we willen graag anders, maar doen dat toch nog veel te weinig.

De geestelijke gezondheidszorg kampt met een wachtlijst van circa 85.000 mensen. Naast de ongeveer 600.000 mensen die specialistische behandeling ontvangen zijn er dus 85.000 mensen die hulp nodig hebben voor psychisch lijden maar dit op dit moment niet kunnen krijgen. Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) introduceerden in 2021 het programma *Passende Zorg* met als doel de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen⁹. Het ministerie van vws heeft in nauwe samenwerking met ketenpartners, waaronder beroepsverenigingen en verzekeraars, een integraal zorgakkoord (IZA) opgesteld voor de periode van 2023 tot 2026 met als doel dat iedereen die zorg nodig heeft, deze zorg ook kan krijgen, dat deze zorg kwalitatief goed is en ook betaalbaar blijft¹⁰. Het integraal zorgakkoord is een belangrijke stap om te komen tot passende zorg. Het programma *Passende Zorg* dat in 2020 door de Nederlandse Zorg autoriteit werd geïntroduceerd gaat uit van vier basisprincipes:

1

Passende zorg is waardegedreven; dus aantoonbaar effectief tegen een beperkte inzet van geld, personeel en grondstoffen.

2

Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de cliënt tot stand (samen beslissen).

3

Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek en wordt waar mogelijk dicht bij de patiënt georganiseerd.

Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Gezondheid in plaats van ziekte

Het centraal stellen van gezondheid is sinds twaalf jaar het uitgangspunt in de zorg. Tot 2011 definieerde de wereldgezondheidsorganisatie gezondheid als een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet louter als de afwezigheid van ziekte of gebrek¹¹. Tegenwoordig wordt gezondheid omschreven als het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven¹².

Het kunnen aanpassen aan uitdagingen in het leven gaat over zelfmanagement en veerkracht. Zelfmanagement is het individuele vermogen om, waar mogelijk, gezondheidsproblemen te voorkomen en wanneer ze zich toch voordoen, hiermee om te gaan. En daarnaast om te kunnen omgaan met de behandeling en met fysieke, psychologische en maatschappelijke consequenties van de gezondheidsproblemen evenals met de nodige leefstijlaanpassingen¹³. Zelfmanagement gaat dus over het vinden van balans tussen ziekte of kwetsbaarheden en de consequenties die dat heeft op het dagelijks leven. Niet de ziekte maar het leven staat centraal. De context waarin het leven zich afspeelt en de steun van naasten en andere hulpbronnen spelen daarin een belangrijke rol en zijn bepalend voor hoe iemand de balans weer vindt. Goed kunnen omgaan met je ziekte of kwetsbaarheden vergroot de kwaliteit van leven¹⁴.

Om samen te kunnen werken aan de gevolgen van de ziekte of aandoening is een goed behandelcontact essentieel. De verpleegkundige is vaak de professional die het meeste contact heeft met een client. Zij is daarom in een unieke positie om iemands talenten te bespreken en te versterken. Vooral in tijden waarin de zorgvrager minder vertrouwen in zichzelf heeft¹⁵. De zogeheten therapeutische relatie tussen de cliënt en de hulpverlener is voor verpleegkundigen dan ook de kern van hun handelen. De therapeutische relatie is een belangrijke voorspeller van behandelresultaat, ongeacht de achtergrondkenmerken van de cliënt^{16,17,18}. Peplau beschreef al in 1952 dat de interpersoonlijke relatie het fundament is

waarop alle professionele activiteiten rusten¹⁹. Ondertussen weten we uit onderzoek dat wanneer er geen verbintenis is tussen de cliënt en de hulpverlener, de resultaten slechter zijn en er een verhoogde kans is op agressie, zelfbeschadiging, suïcidaliteit en geweld²⁰. Bij veel van onze cliënten is juist het bouwen aan een relatie waarin echt sprake is van wederkerigheid een uitdaging, bijvoorbeeld omdat iemand de wereld anders interpreteert vanuit psychotische ervaringen en denkt dat anderen het slecht met hem voor hebben. Het respecteren van de opvattingen en wensen van de cliënt met in achtneming van de professionele inzichten vraagt communicatieve en relationele vaardigheden die tot de kerncompetenties van het verpleegkundig beroep behoren. Gelijkwaardigheid en respect is hierin erg belangrijk²¹. Het is vaak juist vanwege deze communicatieve en relationele vaardigheden en de tijd die de verpleegkundige discipline doorbrengt met cliënten om te werken aan het functioneren en de impact op levensprocessen die maakt dat de verpleegkundige discipline vaak dicht bij de client staat en zodoende goed weet wat echt belangrijk is voor iemand.

Herstel ondersteunende zorg

De verschuiving van ziekte naar gezondheid is in de geestelijke gezondheidszorg al zo'n dertig jaar gaande. Lange tijd lag de focus op het behandelen van klachten en symptomen zoals depressieve klachten, psychotische klachten en angstklachten. De behandeling werd vaak vormgegeven door het voorschrijven van hoge doseringen medicatie, het bieden van structuur en vermijden van stressvolle activiteiten. Mede dankzij de kritische verhalen van mensen met psychisch lijden, hebben we geleerd dat de geestelijke gezondheidszorg voor veel mensen eerder belemmerend heeft gewerkt dan bevorderend²². Zo omschreef Patricia Deegan haar herstel als een reis en niet als een doel²³. Dankzij deze verhalen ligt de focus niet langer op de afwezigheid van klachten maar meer op talenten en doelen van de cliënt die vaak gaan over dagelijks functioneren. Gezondheid als perspectief wordt in de geestelijke gezondheidszorg herstel ondersteunende zorg genoemd. In Nederland wordt herstel gedefinieerd als een samenspel tussen klinisch herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel²⁴. De primaire aandacht op het behandelen van symptomen (klinisch herstel) wordt verbreed naar aandacht

voor maatschappelijk en persoonlijk herstel. Maatschappelijk herstel gaat over de mate waarin iemand in staat is om onafhankelijk te leven en te werken, relaties aan te gaan en kansen te kunnen grijpen die de maatschappij biedt om de autonomie te vergroten. Persoonlijk herstel gaat over het kunnen geven van betekenis aan het leven en de toekomst, ondanks psychisch lijden, door het hervinden van een eigen persoonlijke identiteit en van een hernieuwde betekenis aan de psychische kwetsbaarheid.

In de behandeling dienen zowel klinisch herstel, maatschappelijk herstel als persoonlijk herstel een plek te krijgen. Persoonlijk, maatschappelijk én klinisch herstel beïnvloeden elkaar en vragen voortdurend aandacht. Herstel is een uniek en persoonlijk proces van verandering van attitude, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en of rollen op een manier waarop iemand naar tevredenheid kan leven, hoopvol en bijdragend aan het leven ook met de uitdagingen die gepaard gaan met een psychiatrische aandoening (vrij vertaald naar Anthony²⁵). Het vraagt een aanpak waarin de persoon met psychische klachten centraal gesteld wordt. Menselijk gedrag is interactief en onlosmakelijk verbonden met zijn sociale en culturele context. De betekenis van gedrag kan alleen worden begrepen in deze context²⁶.

De mate waarin iemand in staat is om te kunnen omgaan met negatieve ervaringen, verlies en gebeurtenissen en zich flexibel aan kan aanpassen aan de veranderende eisen oftewel veerkracht, is een factor die van invloed is op psychisch lijden^{27,28}. Veerkracht verwijst immers naar de psychologische en emotionele weerbaarheid van een persoon, die hem helpt om zich aan te kunnen passen, te kunnen herstellen en gedijen op stressvolle en uitdagende gebeurtenissen²⁹. Veerkracht gaat over persoonlijke eigenschappen van een individu om te kunnen omgaan met tegenslagen³⁰, van tegenslagen te kunnen herstellen³¹ en over een proces waarin mensen zich actief aanpassen en snel herstellen van grote tegenslagen³².

Ondertussen laat onderzoek zien dat het medisch classificatiesysteem waar binnen de geestelijke gezondheidszorg mee gewerkt wordt, namelijk de *Diagnostic Statistical Manual*

oftewel de DSM, weinig onderscheidend is en weinig richting geeft aan de behandeling. Wetenschappers hebben geprobeerd de diagnostische categorieën die in de DSM worden beschreven te valideren met empirisch onderzoek maar deze is niet voldoende gebleken. Zo heeft hersenonderzoek geen biomarkers kunnen aanwijzen voor de stoornissen die beschreven staan in de DSM en heeft DNA onderzoek ook geen aanknopingspunten geboden voor differentiatie tussen DSM classificaties^{33,34}. Daarbij zijn behandelinterventies veelal generiek en niet voorbehouden aan specifieke classificaties.

Deze inzichten leren ons dat psychisch lijden niet het hebben van psychiatrische ziekten omvat. Er is sprake van menselijke variaties die in de context van de individuele persoon binnen zijn eigen netwerk dienen te worden bekeken. Bovendien is psychisch lijden veelal niet stabiel, maar kan van dag tot dag variëren. Culturele verschillen in verklaringsmodellen zoals de betekenisgeving voor het horen van stemmen en het krijgen van boodschappen, laten zien dat er verschillende verklaringsmodellen zijn voor bepaalde psychische kwetsbaarheden. Er bestaat geen absolute waarheid. Veel mensen met psychische klachten zien zichzelf niet als ziek. Zij geven aan uit balans te zijn. Psychisch lijden gaat dus over veel meer dan alleen psychische klachten.

Zelfmanagement

Vanuit het brede concept van herstel ondersteunende zorg is er een bredere focus op gezondheid waarin zelfmanagement een belangrijke rol speelt. Dit betekent een andere manier van werken waarbij de persoon het uitgangspunt is. De persoon in zijn eigen context, rekening houdend met ervaringen uit het verleden en de wensen die iemand heeft voor de toekomst. Het concept van herstel wordt dan ook breed omarmt. Het staat op de agenda van zowel beleidsmakers, zorg- en welzijnsinstellingen als professionals en cliënten.

De herstelprincipes hebben binnen de huidige werkwijze echter maar zeer beperkt invloed op de manier waarop de zorg wordt aangeboden aan mensen met psychisch lijden³⁵. De wereldgezondheidsorganisatie³⁶, de WHO, rapporteerde

dat er de afgelopen dertig jaar weinig is veranderd op het gebied van herstel bevorderend werken. De WHO beschrijft dat ggz instellingen slecht zijn toegerust om echt aan te kunnen sluiten bij de zorgbehoefte van mensen met psychisch lijden. Organisaties werken aanbodgericht en niet vanuit de individuele behoefte van de cliënt³⁷. Als redenen hiervoor worden gegeven de dominantie van het medisch model en te weinig ruimte voor andere perspectieven zoals die van de ervaringskennis^{38,39,40}. Zo is de DSM ook nog steeds lijdend voor de bekostiging van de zorg in Nederland en zijn opleidingsprogramma's nog steeds ingericht vanuit stoornisgroepen. Wanneer we blijven doen wat we deden, houden we wat we hadden.

Welke potentie heeft de verpleegkundige discipline in de geestelijke gezondheidszorg?

De verpleegkundige discipline zet primair de gevolgen van de ziekte of gezondheidsproblemen centraal en kijkt dus vanuit een andere focus naar het psychisch lijden dan de medische en de psychologische discipline. Dit verpleegkundige uitgangspunt past bij uitstek bij de transitie waar de huidige geestelijke gezondheidszorg zich op dit moment in bevindt; met de focus op herstel in de volle breedte en gezondheid als perspectief waarin zelfmanagement het sleutelwoord is.

De verpleegkundige discipline is de grootste groep professionals werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg. Sowieso in de meeste domeinen van zorg. In de gezondheidszorg zijn op dit moment 400.000 verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verplegingswetenschappers werkzaam. Ongeveer 7,5% van hen werkt in de geestelijke gezondheidszorg (circa 30.000 medewerkers). Zij kunnen dus het verschil maken.

Onze gezondheidszorgsystemen zijn echter nog steeds zodanig ingericht dat herstel en gezondheid als perspectief niet de primaire focus heeft. Richtlijnen, de verantwoording, de bekostiging en kwaliteitsstatuten zijn geënt op het ziektemodel van waaruit de medische focus uitgangspunt blijft. Verpleegkundigen krijgen én nemen nog vaak te weinig ruimte om vanuit hun perspectief invloed uit te oefenen op deze veranderende focus. Dit zien we terug in landelijke en

organisatie specifieke beleidsdocumenten waarin verpleegkundig specialisten ggz worden beknot in werkzaamheden zoals indiceren van behandeling in crisissituaties die zij op basis van hun opleidingsprofiel en vanuit de wet BIG artikel 14 prima zouden kunnen en mogen uitvoeren. We zien het terug in praktijkvoorbeelden van situaties waarin verpleegkundig specialisten ggz bekwaam en bevoegd zijn om te verwijzen of te behandelen maar waarbij organisaties een medische supervisor als voorwaarde stellen.

Het is voor iedere discipline, maar zeker ook voor verpleegkundigen belangrijk om optimaal gebruik te kunnen maken van datgene waarmee en waarvoor ze zijn opgeleid. Studies tonen aan dat 73% van de verpleegkundigen het gevoel heeft niet tot hun volledige potentieel te kunnen werken^{41,42}. Het gevolg hiervan is dat cliënten ontevreden zijn⁴³ en dat verpleegkundigen ontevreden zijn. Uit een onlangs uitgevoerde studie, komt naar voren dat voor een grote groep verpleegkundigen het niet goed kunnen uitvoeren van verpleegkundige taken én de hiërarchie in de zorg aanleiding is om te stoppen als verpleegkundige⁴⁴.

Bovenstaande werkwijze sluit niet aan bij de uitgangspunten van *Passende Zorg* zoals ik die zojuist heb geschets⁹. *Passende Zorg* heeft als missie om in 2040 optimale zorg te leveren die bijdraagt aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland. Het niet benutten van de potentie van verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ggz zorgt voor het niet optimaal tot stand komen van herstel ondersteunende zorg bij cliënten, het houdt wachtlijsten in stand, en het belemmert de groei van de verpleegkundige discipline met als gevolg dat zowel de kwaliteit van zorg als het werkplezier in het geding komt. De wettelijk basis (Wet BIG) die gelijkwaardige verantwoordelijkheden en bevoegdheden mogelijk maakt en daarmee een basis vormt voor complementaire inzet van expertise wordt niet in een juiste samenhang ingezet. Wanneer we hierin geen verandering aanbrengen zal *Passende Zorg* mede daardoor een lastig te bereiken doel worden. Dus ook hiervoor geldt: Anders willen. Anders doen.

Studies naar het effect van afdelingen voor mensen met een chronische aandoening die volledig gerund worden door verpleegkundigen, de zogenaamde *nurse led*

afdelingen laten zien dat de kwaliteit van zorg gelijkwaardig of beter is dan wanneer een afdeling gerund wordt door een medicus^{45,46}. Deze afdelingen zijn daarbij ook nog eens kosteneffectief. Dergelijke nurse led teams zien we in Nederland gelukkig ook steeds meer, en ik verwacht dat dit snel zal groeien zodat we effectieve en doelmatige zorg kunnen bieden vanuit een holistisch perspectief met de focus op gezondheid in plaats van op ziekte.

Hoe geven we de leerstoel vorm?

De onderzoeksvraag is altijd bepalend voor het type onderzoek dat gekozen wordt, maar vanwege de aard van veel vragen die vanuit de praktijk afkomstig zijn wordt er veelal met kwalitatieve methoden en ontwerpgerichte onderzoeksmethoden gewerkt binnen de leerstoel. Bij elk onderzoek dat we uitvoeren, wordt vanaf de start samengewerkt met de doelgroep zelf. Veelal zijn dit cliënten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ggz. Het kan echter ook gaan om naasten en andere disciplines. Alleen door het vanaf de start betrekken van de doelgroep, kan echt in co-creatie gekomen worden tot passende oplossingsrichtingen. Het is mijn missie om middels praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek de onderzoeksvragen uit de praktijk op te halen en met behulp van wetenschappelijke inzichten weer terug te brengen naar de praktijk.

Om de geestelijke gezondheidszorg anders te organiseren van focus op de persoon met een ziekte naar focus op de persoon als individu, in zijn eigen context, rekening houdend met ervaringen uit het verleden en de wensen die iemand heeft voor de toekomst, is een andere visie nodig met andere werkvormen waarbij ook ervaringskennis een plek krijgt. Door collega's in het uMC Utrecht is de participatie-matrix ontwikkeld om te bepalen welke rol een ervaringsdeskundige heeft⁴⁷. Het uitgangspunt van de leerstoel verpleegkunde in de geestelijke gezondheidszorg is om vanaf de voorbereidingsfase cliënten in te zetten als de in de participatiematrix beschreven rol van partners of regisseurs.

Er wordt nauw samengewerkt met de enige andere leerstoel die actief is op hetzelfde gebied namelijk de leerstoel GGZ Verpleegkunde aan het Amsterdam uMC. Daarnaast

wordt samengewerkt met de andere zestien verpleegkunde hoogleraren die zich bezig houden met onderzoek op het verpleegkundig vakgebied buiten de geestelijke gezondheidszorg. De hoogleraren verpleegkunde verbinden de universitaire medisch centra en universiteiten in Nederland met elkaar middels het Wetenschappelijk College Verpleegkunde. De emancipatie van de verpleegkundige discipline vraagt een gezamenlijke aanpak. Omdat de verpleegkundige discipline zich vrijwel altijd in een multidisciplinaire omgeving begeeft wordt er in de leerstoel ook nauw samengewerkt met hoogleraren en lectoren die zich binnen het brede domein van de geestelijke gezondheidszorg begeven rondom de thema's herstel en veerkracht. Tot slot verbind ik de werkzaamheden van mijn leerstoel met mijn werkzaamheden als lector binnen NHL Stenden hogeschool.

Als *scientist practitioner* vind ik het belangrijk dat de praktijk, onderzoek en opleiding nauw met elkaar verbonden zijn. Er wordt vanuit de leerstoel dan ook structureel samengewerkt met verschillende praktijkinstellingen, hbo-instellingen, de Stichting opleidingsinstelling GGZ-vs en de studierichting Verplegingswetenschap van de Universiteit Utrecht.

Wat doen we dan precies?

De opdracht voor de verpleegkundige discipline in de geestelijke gezondheidszorg is tweeledig. Enerzijds ligt er een inhoudelijke focus op het verbeteren van herstel en veerkracht. Anderzijds een verpleegkundige focus namelijk gericht op het verbeteren van verpleegkundig specialistisch zorg en het versterken van de emancipatie van de verpleegkundige discipline in de geestelijke gezondheidszorg waarbij de verpleegkundige thema's therapeutische relatie en zelfmanagement een belangrijke rol spelen. De emancipatie en gelijkwaardigheid van cliënt en van de verpleegkundige discipline is daarmee een parallel proces dat elkaar versterkt.

Graag neem ik u mee in een aantal studies die we uitvoeren vanuit de leerstoel.

Als eerste de onderzoekslijn **verbeteren van verpleegkundig specialistische zorg en versterken van de emancipatie van de verpleegkundige discipline in de ggz**

Zoals gezegd, wordt de rol van de verpleegkundige discipline steeds belangrijker in de geestelijke gezondheidszorg. De omvang van het verpleegkundig onderzoek is echter nog bescheiden. Tevens zijn verpleegkundigen zelf bescheiden in het organiseren van ruimte voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, het nemen van regie en het hebben van zeggenschap over hun vak. Het is dan ook van belang dat we specifieke verpleegkundige onderzoekslijnen hebben, gericht op het vergroten van de wetenschappelijke kennis over verpleegkundig handelen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en het verstevigen van de positie van de verpleegkundige discipline in zowel de directe cliëntenzorg als in beleid.

Het UMC Utrecht beschikt over vier psychiatrische opname afdelingen. Op een psychiatrische opname afdeling wordt niet alleen vrijwillige behandeling geboden maar soms ook gedwongen zorg. Gedwongen zorg is voor veel mensen ingrijpend, hun autonomie wordt immers uit handen genomen en door anderen wordt besloten dat ze medicatie moeten nemen of in afzondering moeten verblijven. Dergelijke ervaringen zijn voor veel mensen impactvol. We hebben het hier dus niet alleen over de gevolgen van de ziekte *an sich* maar ook over de gevolgen van de behandeling van de ziekte op het functioneren en op de manier waarop iemand naar zichzelf kijkt. Het werk op een psychiatrische opname afdeling is dus ook heel verpleegkundig. De verpleegkundige discipline beslaat doorgaans de helft van alle professionals op zo'n psychiatrische afdeling. Binnen de onderzoekslijn herstelgericht werken wordt onderzocht hoe er op dit moment door verpleegkundigen tijdens een klinische opname wordt gewerkt aan herstel en op welke manieren herstelgericht werken kan worden bevorderd.

Suzanne Verschuieren, doet promotieonderzoek naar drijfveren van verpleegkundigen om op een psychiatrische opname afdeling te werken en te blijven werken. Deze netwerkstudie die in nauwe samenwerking met het UMCG wordt uitgevoerd zal ons belangrijke inzichten opleveren gericht op aspecten die voor verpleegkundigen belangrijk

zijn in hun werk in relatie tot hun professionele betrokkenheid. Vanuit deze inzichten kan gekeken worden hoe verpleegkundigen beter voor te bereiden op hun werk en te faciliteren in hun werk in de geestelijke gezondheidszorg zodat zij langer behouden blijven voor het vak.

Bevorderen van zelfmanagement

Verpleegkundigen worden weliswaar vanuit een holistisch perspectief opgeleid met de focus op de gevolgen van de ziekte, in de praktijk wordt echter nog grotendeels gestuurd vanuit het medisch model en vanuit dat perspectief vinden verpleegkundigen het vaak moeilijk om deze brede kijk breed in te zetten. Werkdruk en een medisch model als basis voor het handelen in de psychiatrie spelen daarin een belangrijke rol. Dit is echter geen excuus. In het promotieonderzoek van Sonja Kuipers doen we in samenwerking met de RUG onderzoek naar mondzorg bij mensen met een vroege psychose. We weten dat de mondgezondheid van mensen met langdurige psychotische klachten als gevolg van een ongezonde leefstijl, bijwerkingen van medicatie en een slechte mondzorg grote negatieve gevolgen kan hebben voor cliënten als het gaat om kwaliteit van leven, zelfbeeld en sociaal functioneren⁴⁸. Reden te meer om hier al in een vroeg stadium preventief aandacht aan te besteden. Sonja Kuipers laat zien dat mondzorg in de ggz een ondergeschoven kindje is mede omdat verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg zich vaak handelingsverlegen voelen bij onderwerpen zoals mondzorg en een ongezonde leefstijl. In een onlangs gestart promotieonderzoek van Meike Hoogervorst doen we daarom in nauwe samenwerking met de leerstoel GGZ Verpleegkunde aan het Amsterdam UMC en het lectoraat GGZ verpleegkunde aan de hogeschool Inholland, onderzoek naar het effect van GILL, een verpleegkundige e-health interventie gericht op het systematisch screenen van de lichamelijke gezondheid en leefstijl van cliënten met langdurige psychische klachten en het vervolgens aanbieden van ondersteunende informatie en interventies. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten staan centraal in de uitvoering en coördinatie van deze nurse led interventie. Beide studies zullen bijdragen aan het versterken van de *body of knowledge* voor verpleegkundigen.

Verbeteren van herstelgerichte zorg

Zoals genoemd doen we naast specifieke verpleegkundige thema's onderzoek naar de inhoudelijke thema's herstel en veerkracht. De thema's herstel en veerkracht zijn nauw met elkaar verbonden maar binnen de leerstoel ook te onderscheiden.

Veerkracht

Zo wordt er binnen de onderzoekslijn veerkracht gewerkt aan het vergroten van inzichten rondom de ervaringen van jongeren met hun eigen veerkracht in relatie tot hun mentale gezondheid en de behoefte die deze jongeren hebben aan ondersteuning om hun veerkracht te vergroten. Promovendus Rynke Douwes doet onderzoek naar de rol van een opleidingsinstelling zoals een hbo of universiteit bij mentale gezondheid. Het onderzoek laat zien dat studenten veerkracht als onderdeel van studentenwelzijn zien, waarbij zij beseffen dat tegenslag erbij hoort en dat het belangrijk is om hiermee om te leren gaan. Docenten en studenten zien een rol voor docenten om hierin te ondersteunen, de wijze waarop en de mate waarin is onderwerp van onderzoek. De focus ligt op het aansluiten bij de behoefte van studenten zonder de functie van een docent en het onderwijs in algemenere zin uit het oog te verliezen.

Daarnaast hebben we een training ontwikkeld gericht op het vergroten van de veerkracht van studenten waar op dit moment een *feasibility* en *acceptability* studie naar wordt uitgevoerd. En we zijn bezig met de kracht van *peer to peer support* van waaruit we onder andere actief zijn in @ease, een laagdrempelige voorziening voor jongeren waar zij gratis en anoniem een luisterend oor kunnen vinden. Wat we vooral leren binnen deze onderzoekslijn is dat veel jongeren over te weinig vaardigheden beschikken om veerkrachtig om te gaan met uitdagingen in het leven. Inzichten uit deze interventies leren ons dat de kracht van *peer to peer support* vele malen sterker is dan een professionele interventie. Het leert daarnaast verpleegkundigen in opleiding om zich bewust te zijn van de meerwaarde van deze verschillende perspectieven en dat vrijwel alle hulpvragen terug te herleiden zijn tot coping vraagstukken passend bij het NANDA domein psychosociaal.

Daarbij kan de zorg voor een persoon met psychisch lijden de veerkracht van de naasten ook flink op de proef

stellen. Verpleegkundigen richten zich niet alleen op de cliënt maar ook op een gezin, groep of gemeenschap⁸. Het is dan ook voor de hand liggend dat er vanuit een leerstoel verpleegkunde in de geestelijke gezondheidszorg naast een grote betrokkenheid van cliënten, ook een grote betrokkenheid van en gerichtheid op naasten zal zijn. Er is nog veel te winnen als het gaat over de samenwerking met naasten. Promovendus Marjolijn Heslinga richt zich daarom op het verbeteren van de samenwerking tussen professionals-clieñten en naasten en Christina Hennipman-Herweijer doet promotieonderzoek naar de impact van suïcidaal gedrag op naasten en factoren die voor naasten ondersteunend of juist belemmerend zijn om veerkrachtig te kunnen omgaan met dit suïcidale gedrag. In dit onderzoek ontwerpen we ondersteunende verpleegkundige interventies gericht op naasten met als primaire doel de familiebelasting te verminderen.

Een ander voorbeeld van een project dat aansluit bij deze doelstelling is de ontwikkeling van een nieuwe psycho-educatie module voor naasten van jonge mensen met een psychosegevoeligheid. De module wordt door verpleegkundig specialisten ggz, psychologen en onderzoekers in nauwe samenspraak met ervaringsdeskundigen en familie ervaringsdeskundigen in co-creatie ontwikkeld en getest. Hierin wordt tevens nauw samengewerkt met MIND Ypsilon, Anoiksis en het Netwerk Vroege Psychose van Kenniscentrum Phrenos. Het ontwerpgerichte karakter van dit ontwikkelproces waarbij wetenschappelijke inzichten enerzijds en ervaringen van naasten en cliënten anderzijds gedurende het gehele proces worden geïntegreerd, sluit aan bij een duidelijke behoefte van naasten om meer betekenis te kunnen geven aan hun eigen rol als naaste. Dit vraagt om een psycho-educatie module waarin professionals meer een coachende en begeleidende rol hebben vanuit de open dialoog in plaats van een alleswetende rol van waaruit kennis wordt overgedragen. De module richt zich dus niet langer op de 'ziekte' van de cliënt maar op de gevolgen van de 'ziekte' op het levensproces van de naaste.

Zoals genoemd is het concept herstel breed geaccepteerd maar in de praktijk nog weinig geïmplementeerd. Met name de domeinen maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel

hebben nog een lange weg te gaan. Vanuit de onderzoekslijn herstel wordt binnen verschillende studies gewerkt aan het verkrijgen van meer inzicht in factoren die bijdragen aan herstel. Het nationale HAMLETT consortium is een samenwerkingsverband tussen alle hoogleraren werkzaam met mensen met een psychosegevoeligheid, ervaringsdeskundigen, ggz instellingen, onderzoekers en studenten vanuit verschillende opleidingen. Vanuit dit consortium wordt er primair gewerkt aan een *randomized controlled trial* naar afbouw van antipsychotica. Daarnaast werken we vanuit de leerstoel verpleegkunde in de ggz aan het vergroten van inzichten over factoren die bijdragen aan persoonlijk herstel. Promovendi Inge van der Heijden en Bram Sieben Rosema lieten al zien dat factoren in het dagelijks leven zoals muziek, naasten en keuzes maken ten aanzien van mensen en activiteiten die steunend zijn een minstens zo belangrijkere rol spelen om te komen tot persoonlijk herstel als specifieke professionele interventies. Met de inzichten die reeds opgehaald zijn wordt de komende jaren materiaal voor cliënten, naasten en professionals ontwikkeld gericht op het bevorderen van persoonlijk herstel van cliënten met een psychosegevoeligheid. In de 31 diepte-interviews die reeds zijn uitgevoerd 2 jaar na een eerste psychose wordt duidelijk dat er vanuit de hulpverlening nog te weinig aandacht is voor existentiële vragen zoals wie ben ik en wie wil ik zijn terwijl juist deze vragen cliënten erg bezighouden. Het geven van betekenis aan een bepaalde kwetsbaarheid in relatie tot toekomstdromen zou een veel grotere plek moeten hebben in de behandeling⁴⁹.

Binnen de leerstoel wordt onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van co-creatie en design. Promovendus Lars Veldmeijer richt zich op de mogelijkheden van design in diagnostiek en behandeling van mensen met psychisch lijden. Een belangrijk inzicht uit dit onderzoek is dat design in de geestelijke gezondheidszorg wel steeds meer wordt ingezet maar dat ervaringsdeskundigen bij het ontwerpen van interventies rondom diagnostiek en behandeling vrijwel alleen worden ingezet voor het testen van ideeën en eigenlijk nauwelijks als co-designer⁵⁰. Veldmeijer zal de komende jaren in co-creatie met cliënten, naasten en professionals op zoek gaan naar ontwerpgerichte methoden om zowel diagnostiek als behandeling op een andere

manier vorm te kunnen geven, uitgaande van de (impliciete) betekenisgeving van het psychisch lijden van de individuele cliënt, binnen zijn persoonlijke context.

Een ander belangrijk aspect binnen deze onderzoekslijn is cultuur en context. Context wordt mede cultureel bepaald. Daarom is het doen van onderzoek in andere culturen zeer verrijkend. Om die reden werk ik samen met collega's van de RUG en drie zeer gedreven psychologen uit Java aan het cultureel vertalen, onderzoeken en implementeren van psychologische behandeling van mensen met een psychosegevoeligheid op West Java. We leren daar hoe mensen in een andere context, met andere verklaringsmodellen en andere behandelmogelijkheden ook een ander klachtenpatroon en een ander beloop laten zien. We leren ook dat de manier waarop we als maatschappij kijken naar mensen met psychisch lijden invloed heeft op hoe mensen naar zichzelf kijken. Een van onze Nederlandse promovendi, Jos Boer, kijkt naar de rol van oogcontact bij mensen die bekend zijn met een autismespectrumstoornis. De verschillende culturele betekenissen van oogcontact bepalen mede de impact van een gebrekkig oogcontact op het dagelijks functioneren. Deze inzichten zullen worden gebruikt voor het verder doorontwikkelen van cultuur sensitief verplegen, hetgeen in de geestelijke gezondheidszorg nog in de kinderschoenen staat.

Naast bovenstaande promotietrajecten worden er kleinere studies uitgevoerd in het kader van afstudeeronderzoek. Met een mix aan disciplines in zowel promotieonderzoek, afstudeeronderzoek op bachelor en master-niveau en de betrokkenheid van stagiaires, mensen met ervaringskennis en professionals vanuit verschillende achtergronden is de leerstoel een mooie afspiegeling van ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Met deze groep mensen ga ik de komende jaren verder bouwen aan het vergroten van de veerkracht van mensen met psychisch lijden om te komen tot herstel en daarbij aan het verder bouwen aan de academisering van de verpleegkundige discipline.

Het umc Utrecht zet een belangrijke stap om deze academisering te bevorderen. Enerzijds is er een geweldig programma 'Toekomstbestendige Verpleegkunde' die het

mogelijk maakt om als verpleegkundige binnen het UMC Utrecht én patiëntenzorg te blijven doen en dit te combineren met andere rollen zoals onderzoek, beleid of onderwijs. Dit is voor het verpleegkundig beroep nieuw en een belangrijke stap voor de ontwikkeling van het verpleegkundig vak. Daarnaast heeft het UMC Utrecht de leerstoel verpleegkunde in de geestelijke gezondheidszorg geïnitieerd en toont daarmee lef, lef om bij te dragen aan de academisering van de verpleegkundige discipline.

Terugkijkend op de afgelopen 27 jaar is er veel veranderd. In 1996 spraken we in de praktijk weinig over wetenschappelijke inzichten. Nu wordt er in het outreachende VIP-team waar ik werkzaam ben als verpleegkundig specialist ggz en bestuurder, meerdere keren per week een wetenschappelijk artikel gedeeld, wordt er gediscussieerd over de best passende zorg en zijn we als disciplines gelijkwaardig aan elkaar. Goede zorg lever je ten slotte vanuit gelijkwaardigheid en samen. Samen met je cliënt en zijn naasten, door samen je klinisch redeneerproces door te nemen en samen wetenschappelijke én praktijkinzichten te delen. Ik zie in toenemende mate een verschuiving van ziekte naar gezondheid én een verschuiving van medische zorg naar verpleegkundige en psychologische zorg evenals een gelijkwaardige inbreng van de cliënt en zijn naasten. Een verschuiving die ik, zoals u vanmiddag van me hebt gehoord, nog graag veel verder wil doorvoeren. Want als we ander willen, dan moeten we het anders doen.

Dank

Ik heb in grote lijnen de context en focus van de leerstoel verpleegkunde in de geestelijke gezondheidszorg geschetst. Het is voor mij een grote eer om het ambt van hoogleraar te mogen vervullen. Met de leerstoel hoop ik, in verbinding met mijn lectoraat binnen NHL Stenden Hogeschool, in nauwe samenwerking met collega's binnen en buiten het UMC Utrecht en in verbinding met mijn klinisch werk de komende jaren verder te werken aan bovenstaande onderzoeksthema's. Mijn ambitie is dat over tien jaar iedereen in Nederland weet wat de verpleegkundige discipline te bieden heeft, dat we vanuit gezamenlijkheid met zowel het professionele als het informele netwerk samenwerken aan herstel van mensen die vanwege psychische klachten even

uit balans zijn, vanuit een holistische visie en vanuit vertrouwen in elkaar.

Graag wil ik de Raad van Bestuur van UMC Utrecht en het College van Bestuur van de Universiteit Utrecht bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen om de leerstoel te bekleden. Tevens wil ik mijn dank uitspreken aan de Stichting Opleidingsinstelling GGZ-vs die deze leerstoel heeft voorbereid en mede mogelijk maakt.

Utrecht is verpleegkunde

Uiteraard wil ik ook de cliënten en naasten bedanken die ik de afgelopen 27 jaar heb mogen ontmoeten en die mij dagelijks inspireren met hun indrukwekkende verhalen en creatieve verklaringsmodellen en ideeën over hun kwetsbaarheid en krachten. Ook wil ik al mijn collega's bij zowel KieN VIP als KieN Zorg, NHL Stenden hogeschool, Stichting Opleidingsinstelling GGZ-vs en uiteraard het UMC Utrecht bedanken voor de ontzettend fijne samenwerking. Ik voel mij op al mijn werkplekken thuis en ben dankbaar voor de mogelijkheid om alle verschillende werkzaamheden die ik mag uitvoeren aan elkaar te kunnen verbinden en zo bij te kunnen dragen aan goede zorg, onderwijs en onderzoek én mij ondertussen te mogen ontwikkelen als mens en als professional.

En *last but not least* dank ik mijn fantastische gezin en mijn lieve familie en vrienden. Jullie zijn voor mij de basis van mijn functioneren en maken mijn persoonlijk leven heel erg rijk.

Ik heb gezegd.

Referenties

- 1 Rosdahl, C.B., Kowalski, M.T. (2016) *Textbook of basic nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- 2 Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing*. Dover Publications.
- 3 Aan de Stegge, C. (2012) *Gekkenwerk: de ontwikkeling van het beroep 'psychiatrische verpleegkundige' in Nederland, 1830-1980*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- 4 Brouns, G. (1993). *Zelfzorgtheorie van Orem: docenteneditie*. Nederland: Kavanah.
- 5 American Nurses Association (1980). *Nursing a social policy statement*. Kansas City, MO: American Nurses Association.
- 6 Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988, pag 19). *Verpleegkundig beroepsprofiel*. Zoetermeer. Den Haag, Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- 7 Grypdonck, M.H.F. (1996). *Het leven boven de ziekte uittillen: De opdracht van de verpleegkundige en de verplegingswetenschap voor chronisch zieken*. Oratie Universiteit Utrecht.
- 8 NANDA International Verpleegkundige diagnoses en classificaties. (2017) Bohn Stafleu van Lochum, Houten.
- 9 Nederlandse Zorg autoriteit (NZA), *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*, november 2020
- 10 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Integraal Zorgakkoord*, Samenwerken aan gezonde zorg, September 2022,
- 11 WHO. *Constitution of the World Health Organization*. 2006. www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- 12 Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ*, 343.
- 13 V&VN, *Zelfmanagementondersteuning behoort tot de kern van verplegen; Visie van beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland* (2014). Utrecht.
- 14 Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hanswordt, J. (2002) Self-management approaches for people with chronic conditions. *A review. Patient education and counseling*, 48(2), 177-187.
- 15 Vanner S, Keet R. *The Role of Nursing in Community Mental Health*. *Am J Nurs Stud*. 2019; 1(1): 1002
- 16 Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032.
- 17 De Leeuw, M., van Meijel, B., Grypdonck, M., & Kroon, H. (2012). The quality of the working alliance between chronic psychiatric patients and their case managers: process and outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 1-7.
- 18 Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*. 2020 Feb;102:103490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103490. Epub 2019 Nov 23. PMID: 31862531; PMCID: PMC7026691.
- 19 Peplau, H.E.. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing* (Herz. Ed. 1991). New York: Springer.
- 20 Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Britisch Journal of Psychiatry*. 2006 Oct;189:354-60.
- 21 Polhuis, D., Grealish, A., Advanced Mental Health Nursing Assessment, Formulation and Decision-Making in Higgins, A., Kilkku, N., Kristofersson, G.K., *Advanced Practice in Mental Health Nursing: A European Perspective* (2022) Springer; 1st ed. 2022 edition (7 Nov. 2022)
- 22 Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.
- 23 Deegan, P.E., Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities, *Social Work in Health Care*, 1997; 25:3, 11-24, 24
- 24 Ggz Standaarden (2023). *Generieke module herstelondersteunende zorg*.
- 25 Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.
- 26 Middleton, H., & Moncrieff, J. (2018). Critical psychiatry: a brief overview. *BJPsych Advances*, 25, 47-54.
- 27 Luthar, S. S., & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 2, 510-549.
- 28 Masten, A. S., Powell, J. L., & Luthar, S. S. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 1(25), 153.
- 29 Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and psychopathology*, 23(2), 493-506.
- 30 Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- 31 Harvey, J., & Delfabbro, P. H. (2004). Psychological resilience in disadvantaged youth: A critical overview. *Australian Psychologist*, 39(1), 3-13.
- 32 Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 399-419.
- 33 Scull, A. (2021). American Psychiatry in the New Millennium: a Critical Appraisal. *Psychol. Med.*, 1-9.
- 34 Kingdom, D. (2020). Why hasn't neuroscience delivered for psychiatry? *BJ Psych Bulletin*, 44(3), 107-109.
- 35 Crowe, M. (2022). Psychiatry and/or recovery: a critical analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), 1542-1551.
- 36 World Health Organization (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organisation. Available from: URL: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>
- 37 Commonwealth of Australia (2015). *Australian Government Response to Contributing Lives, Thriving Communities – Review of Mental Health Programmes and Services*. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia
- 38 Cleary, M., Raeburn, T., Escott, P., West, S. & Lopez, V. (2018). 'Walking the tightrope': The role of peer support workers in facilitating consumers' participation in decisionmaking. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(4), 1266-1272.
- 39 Orjasaeter, K. B., & Almvik, A. (2022). Challenges in adopting recovery-oriented practices in specialized mental health care. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*.
- 40 Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G. & Gather, J. (2020). Challenges in adopting recovery-oriented practices in specialized mental health care: 'How far should self-

- determination go; Should one be allowed to perish?'. *International Journal of Social Psychiatry*, 66 (3), 263–269.
- 41
White D, Oelke ND, Besner J, Doran D, McGillis Hall L, Giovannetti P. Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2008;21(1):44-57.
- 42
Oelke ND, White D, Besner J, Doran D, McGillis Hall L, Giovannetti P. Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2008;21(1):58-71. PMID: 18448891.
- 43
Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM; International Hospital Outcomes Research Consortium. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care*. 2002 Feb;14(1):5-13. PMID: 11871630.
- 44
Bahlman-van Ooijen W, Malfait S, Huisman-de Waal G, Hafsteinsdóttir TB. Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation. *J Adv Nurs*. 2023 May 20. Epub ahead of print. PMID: 37209086.
- 45
Maier, Claudia & Budde, Hannah & Pfirter, Laura & Kroezen, Marieke. (2022). Skill-mix changes: what evidence on patient outcomes and health systems? 10.1017/9781009031929.003.
- 46
Winkelmann, Juliane & Williams, Gemma & Rijken, Mieke & Polin, Katherine & Maier, Claudia. (2022). Chronic conditions and multimorbidity: skill-mix innovations for enhanced quality and coordination of care. 47
- mits DW, Van Meeteren K, Klem M, Alsem MW, Keteelaar M. Designing a Tool to Support Patient and Public Involvement in Research Projects: The Involvement Matrix. *Research Involvement and Engagement* 2020; 6: 30.
- 48
Kisely, S., Ehrlich, C., Kendall, E., & Lawrence, D., (2015) Using avoidable admission to measure the quality of care for physical and oral comorbid disease in psychiatric disorders: A Population-Based, Record-Linkage Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60, 497-506.
- 49
van der Heijden-Hobus, I., Rosema, B.S., Vorstman, J., Kas, M.J.H., Franke, S., Boonstra, N., Sommer, I.E., Personal Preferences for treatment and care during and after a First Episode Psychosis, a qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, under review, 2023
- 50
Veldmeijer, L., Terlouw, G., Van Os, J., Van Dijk, O., Van't Veer, J., & Boonstra, N. The Involvement of Service Users and People with Lived Experience in Mental Health Care Innovation through Design: Systematic Review. *JMIR Mental Health*, under review, 2023

