



HoGent

Ervaringsdeskundigheid als middel om herstelgericht te werken op een residentiële afdeling

Opleiding: Brugopleiding Bachelor in de psychiatrische verpleegkunde

Bachelorproef academiejaar: 2015-2016

Dhr. De Smet Stefaan

Jurgen Cardon

Woord vooraf

Voor de realisatie en de opvolging van mijn bachelorproef wil ik mijn appreciatie betuigen voor mijn promotor lector Dhr. Stefaan De Smet. Ook wil ik Dhr. Directeur Stefaan Baeten en Dhr. Dirk De Lille bedanken om mij de kans te geven deze opleiding te volgen. Dhr. Luc Cornelis, ervaringsdeskundige en WRAP-facilitator verdient ook een speciaal dankwoord, aangezien hij me inzichten gaf tijdens een boeiend interview. Tot slot wil ik mijn negen jarig zoontje Kai Cardon bedanken voor al het geduld en de steun die hij me gaf en uiteraard mijn beide ouders voor de steun en opvang.

Abstract en trefwoorden

Abstract:

Doelstelling: Het doel van deze bachelorproef is om een antwoord te krijgen op de vraag wat herstel betekent voor een persoon met een psychiatrische kwetsbaarheid. Of er een verschil is op vlak van psychisch welbevinden bij psychiatrische patiënten na het volgen van een WRAP programma. En tenslotte: het belang van ervaringsdeskundigheid nagaan als middel om herstelgericht te werken op een residentiële afdeling.

Probleemstelling: Het spanningsveld tussen het herstelgericht denken en handelen. De ervaringsdeskundigheid staat centraal in het herstelgericht denken, maar hoe dragen ervaringsdeskundigen bij aan een herstel?

Methode: Er werden een dertigtal artikelen geselecteerd uit voornamelijk wetenschappelijke tijdschriften en boeken. De artikelen werden geselecteerd op basis van jaartal en relevantie met betrekking tot het onderwerp. Internetlinken werden ook gebruikt ter aanvulling en ter verduidelijking van de onderzoeksvraag. Er werd een ervaringsdeskundige en WRAP-facilitator betrokken via email, telefoongesprekken en een uitgebreid interview. De meeste artikelen zijn niet ouder dan zes jaar

Resultaten: Herstelgericht werken wordt bemoeilijkt aangezien er een spanningsveld bestaat tussen de behandelstrategie op een residentiële afdeling en de noodzakelijke principes van herstel. Door de implementatie van ervaringsdeskundigheid in combinatie met WRAP worden de kansen op een herstel bevorderend milieu echter vergroot.

Conclusie: Uit de literatuurstudie blijkt dat er veel belang wordt gehecht aan herstel bij cliënten met een psychiatrische kwetsbaarheid. Ervaringsdeskundigen worden vaker betrokken, waardoor men tot een herstel bevorderend klimaat binnen een residentiële setting kan komen. Doch, het geeft geen garantie op succes. Herstel bevorderend werken betekent niet dat de cliënt met zekerheid een prima herstel zal ervaren. Maar het geeft wel aan dat er veel meer kansen komen om tot een prima herstel te werken.

Trefwoorden:

Herstelondersteunende zorg ggz

Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

Residentiële zorg ggz

Ervaringsdeskundigheid

Empowerment

Inhoudsopgave

Inleiding

1	Herstelgerichte zorg	12
1.1	Wat is herstel-ondersteunende zorg?	12
1.2	Dimensies van herstel	14
1.3	Herstel schematisch	15
2	Empowerment is de basis voor herstel	16
2.1	Empowerment in de praktijk	16
2.2	Besluit over sterktegericht ('empowerend') werken	17
3	Spanningsveld tussen herstelgericht denken en een residentiële behandeling	18
4	Ervaringsdeskundigheid in de ggz.....	22
4.1	Hoe kan ervaringsdeskundigheid bijdragen aan de ggz?.....	22
4.2	Mogelijke problemen met ervaringsdeskundigheid	23
4.3	Besluit	24
5	WRAP: Wellness Recovery Action Plan	25
5.1	Inleiding.....	25
5.2	Wat is WRAP?.....	25
5.2.1	Doel	26
5.2.2	Aanpak.....	26
5.2.3	De zeven onderdelen (sessies) chronologisch toegelicht door de WRAP- facilitator aan de participanten	29
5.3	Herstelverhalen.....	30
5.4	Wetenschappelijke evidentie omtrent WRAP	32
5.4.1	Abstract.....	32
5.4.2	A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. (Cook JA e.a., 2012)	33
5.4.3	Improving Propensity for Patient Self-Advocacy Through WRAP: Results of a randomized controlled trial (Jessica A. Jonikas, 2013)	34

5.4.4	Experience of wellness recovery action planning in self-help and mutual support groups for people with lived experience of mental health difficulties (Pratt, MacGregor, Reid, & Given, 2013)	35
5.4.5	Participant Satisfaction with Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (Wilson e.a., 2013)	36
5.4.6	Conclusie	38
5.5	Conclusie	38
5.5.1	Sterke punten:.....	38
5.5.2	Verbeterpunten.....	39
Discussie		41
Conclusie		42
Bijlagen		48
1)	Handvest van Maastricht: http://www.vrijplaatsbrijder.nl/handvest-van-maastricht/	48
2)	Een volledige WRAP-training:.....	51

INLEIDING

Een op de drie Belgen kampt vandaag met emotionele en psychische problemen. Een veelvoud van hen heeft er in zijn omgeving mee te maken. De ggz in België verandert momenteel diepgaand, zowel inhoudelijk als organisatorisch. De levenskwaliteit, sterktes en eigen waarden van psychisch kwetsbare mensen staan centraal in de nieuwe zorg. Herstel is tegelijk het uitgangspunt en het doel. Actoren in de zorg gaan door dit herstelperspectief anders met elkaar in interactie. Ook de samenleving is betrokken partij: een minder stigmatiserende omgang met psychische kwetsbaarheid is aan de orde. Zoals elke ingrijpende verandering kost de omslag tijd en energie. En de problematiek is complex, zeker in een maatschappij die graag meetbaarheid vooropstelt. Deze evolutie sluit aan bij een maatschappij-in-verandering. (KBS, 2015)

Het hervinden van eigen kracht, in een woord 'empowerment', is waar herstel om draait. : herstellen is zoveel meer dan alleen herstellen van de aandoening of het leren omgaan met de aandoening. Empowerment verwijst naar hoe mensen door een actieve inzet hun eigen kracht ontdekken en ontwikkelen en leren inzetten. In de hulpverlening gaat het erom te komen tot een vruchtbare samenwerkingsrelatie waarin ruimte is voor het proces van empowerment. De kern van dit proces is het mogen onderzoeken van 'wie ben ik', het zoeken naar de eigen kracht en het gebruiken van eigen kennis om grip te krijgen op de psychische aandoening en/of verslaving. (Kole, Beenackers, & Berndsen, 2013)

Zelf ben ik als psychiatrische verpleegkundige tewerkgesteld in de vaste nachtdienst op de opnameafdeling Da Capo van het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Hiëronymus, te Sint-Niklaas .

Da Capo is een afdeling voor residentiële behandeling van mensen met een persoonlijkheidsproblematiek en een verslavingsproblematiek. Moderato sluit hierbij aan als een afdeling voor dagbehandeling van mensen met een verslavings- of persoonlijkheidsproblematiek

Hoewel de principes van herstelgericht werken mij sterk aanspreken blijken ze vooral maatschappijgericht en zijn de positieve effecten vooral te situeren in de eigen kracht

van de cliënt. Ik stel me dan ook de vraag in welke mate op een residentiële afdeling, waar meestal psychisch erg kwetsbare mensen samen achter de instellingsmuren verblijven, deze principes alsnog kunnen worden toegepast. Op een afdeling zijn regels erg belangrijk om het leefklimaat voor iedereen veilig en leefbaar te houden. En regels opleggen lijkt dan ook volkomen in tegenspraak met de principes van herstelgericht werken.

De bedoeling van deze bachelorproef is dan ook om na te gaan wat herstelondersteunende zorg op residentiële opnameafdeling kan betekenen.

Volgende onderdelen komen aan bod:

Herstelgerichte zorg

Empowerment

Herstelgericht werken binnen een residentiële setting

Het spanningsveld tussen herstelgericht werken en residentiële zorg

Ervaringsdeskundigheid

Wellness Recovery Action Plan (WRAP): Methodiek – doelstelling – Wetenschappelijke evidentie

Onderzoeksvraag

Hoe kunnen de principes van herstelgericht werken geïmplementeerd worden op een residentiële afdeling?

Methode

Op de databank **Springer** voerde ik 'herstelondersteunende zorg ggz' in als trefwoorden. Dit gaf negentien resultaten. Het artikel 'innovatie rond herstel' werd geselecteerd. Vanuit de bibliografie van dit artikel van Jaap Van der Stel werd ook 'focus op persoonlijk herstel' gevonden. De trefwoorden werden ingekort naar 'herstel ggz', wat aanvankelijk 766 resultaten opleverde. Wanneer er enkel artikels na 2013 werden gekozen kwamen er 207 resultaten. 'De weg naar herstel' en 'de herstel special' werden bewaard. Ook het **boek** van J. Van der Stel 'Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen: 20 kernvragen' werd geschikt gevonden en tevens aangekocht. '**De herstel special**' leverde trouwens vanuit de **bibliografie** het artikel "Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz," Een specifiek artikel rond DGT werking beschreven door Wies van den Bosch leverde 53 resultaten op met de zoektermen 'Borderline Persoonlijkheidsstoornis en van den Bosch' Twee artikels, 'borderline persoonlijkheidsstoornis: emotie, cognities & preoccupaties' en 'diagnosis and treatment of mental disorders' (wat de versie van MJ Linehan betreft) werden weerhouden. Op **Web of Science** werden de zoektermen 'Wellness Recovery Action Plan' AND 'recovery' (onder topic) ingebracht, de timespan filter werd ingesteld op 2011-2015. Dit leverde 1 zoekresultaat op. De zoektermen werden uitgebreid. De eerste zoekterm werd vervangen door 'WRAP', 'Recovery' bleef staan en er werd nog 'Depression' aan toegevoegd. Er verschenen 6 zoekresultaten. De artikels van Cook e.a., (2012) 'A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery' en 'Improving Propensity for Patient Self-Advocacy Through WRAP: Results of a randomized controlled trial' (Jonikas e.a., 2013) werden op basis van titel en abstract geselecteerd. Aangezien het psychisch welbevinden gerelateerd kan worden aan patiënttevredenheid werd deze zoekterm gebruikt op **EBSCO Host. CINAHL with Full Text en MEDLINE** werden geselecteerd en 'Patient Satisfaction' werd deze keer ingevoerd in combinatie met 'WRAP'. Van de acht zoekresultaten sprong 'participant satisfaction with WRAP' in het oog. Tot slot werd via **PUBMED CENTRAL** nog verder gezocht met de zoektermen 'Wellness Recovery Action Plan' (Titel) AND 'Self Management' (Word Text) AND 'Well being' (Word Text) Dit leverde twee zoekresultaten op. 'Experience of wellness recovery action plan in self-help and mutual

support groups' werd weerhouden op basis van de inhoud. Bovendien is Schotland in Europa toonaangevend op gebied van herstelgerichte zorg. Op **Web of Science** werd trouwens nog een artikel uit Schotland weerhouden. De zoektermen 'implementing recovery' AND 'mental health' leverden aanvankelijk 114 resultaten op. 'Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland' werd bestudeerd omwille de eerdere relevantie van Schotland. Op basis van de referentielijsten van de gevonden bronnen kreeg ik nog inzicht in extra relevante bronnen in verband met deze literatuurstudie. Op **Google Scholar** werden de termen 'ervaringsdeskundigheid residentiële zorg ggz' ingebracht. Dat leverde 98 resultaten op. Zowel 'een starterskit voor betere ggz: visie en methodieken' als 'naar het hart van empowerment' werden bestudeerd. Op de **website**: <https://www.trimbos.nl> werd als zoekterm 'WRAP' gebruikt. Onder twaalf resultaten leidde het item "Langdurige GGZ: interventies en erkenning" tot een directe link naar Wellness Recovery Action Plan. Het 'Werkblad beschrijving interventie' werd geselecteerd. Tot slot leidde de Nederlandse **website**: <http://www.kenniscentrumphrenos.nl> tot heel veel bruikbare informatie rond herstel en herstelondersteuning, ervaringsdeskundigheid, residentiële zorg, rehabilitatie en participatie. Kenniscentrum Phrenos biedt bovendien ook verschillende diensten aan die interessant waren in het kader van deze bachelorproef: projecten, congressen, cursussen, implementatieondersteuning en onderzoek.

1 Herstelgerichte zorg

1.1 WAT IS HERSTEL-ONDERSTEUNENDE ZORG?

“Herstel-ondersteunende zorg is alle zorg die erop gericht is om het persoonlijk herstelproces van iemand te bevorderen.” (Kole e.a., 2013) Herstel-ondersteunende zorg werd ontwikkeld in de Verenigde Staten en heeft inmiddels een wereldwijde uitstraling. Herstel werd in Nederland als kernbegrip opgepakt door de cliëntenbeweging. Juist omdat men als cliënt zelf ervaart dat men door de herstelvisie meer kansen heeft om aan de persoonlijke toekomst te werken, is deze visie zo belangrijk. Het gaat om een nieuwe benadering van de zorg, gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel van de betrokkenen. In deze optiek is het terugdringen van ziekte en gebrek één belangrijke factor, maar er is meer. Het gaat ook om het opbouwen of hervinden van de eigen identiteit en het heroveren van de eigen regie en is gericht op het zelf leren omgaan met de aandoening en het creëren van nieuwe zingeving. Vaak staat ze haaks tegenover de uitzichtloze traditionele zorg in de psychiatrische instelling van weleer. De herstelvisie past bovendien bij veel moderne ontwikkelingen die eerder uitgaan van het optimaliseren van de maatschappelijke participatie dan van het bestrijden van ziekte. (Nijnens, Van Rooijen, & Hendriksen-Favier, 2012)

In een herstel ondersteunend klimaat dient de hulpverlener alvast over een aantal belangrijke competenties te beschikken. De hulpverlener:

- Is present (aandachtig aanwezig) en heeft oog voor de persoon. Hij / zij kijkt naar iemands dromen, wensen, geschiedenis, levensverwachtingen, talenten, sterke en zwakke punten enzovoort.
- Dringt zijn / haar professionele kennis niet op aan de cliënt, maar gebruikt die om de juiste vragen te stellen en de cliënt opties aan te bieden.
- Ondersteunt het maken van en sluit aan bij het eigen verhaal van de cliënt, zodat de zorg daadwerkelijk is gericht op de persoon en niet op de ‘zieke’.
- Herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (empowerment) zowel individueel als collectief.
- Erkent, benut en stimuleert de ervaringsdeskundigheid van de cliënt, omdat deze als

geen ander weet wat de situatie voor hem/haar betekent en op welke manier de zorg voldoende kan aansluiten op het persoonlijke proces.

- Erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen die een belangrijk deel vormen van het eigen steunsysteem van de cliënt.

- Is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie/autonomie.

Dat wil zeggen, dat het verlichten van lijden nooit ten koste gaat van eigen regie en autonomie en ook andersom. (Kole e.a., 2013)

Dezelfde auteurs geven bovendien een aantal vragen aan die je jezelf als hulpverlener kunt stellen:

- Luister ik vaak genoeg naar de cliënt en hoor ik ook echt wat iemand zegt (of ben ik al bezig met de analyse of het vormen van een mening over wat iemand zegt)?

- Stel ik genoeg open vragen ten aanzien van wat iemand bezig houdt en beweegt?

- Heb ik een onophoudelijk vertrouwen in het kunnen van de cliënt? Zo nee, ben ik bereid om mijn plaats als hulpverlener af te staan aan iemand die dat vertrouwen wel heeft?

- Lukt het me om optimisme uit te stralen en hoop en vertrouwen te geven aan de cliënt?

- Laat ik de verantwoordelijkheid voldoende bij de cliënt of neem ik weleens iets over, bijv. omdat dat nu eenmaal sneller gaat?

- Lukt het me om uit te gaan van de wensen en behoeften van de cliënt of zijn de beoogde resultaten van de hulpverlening leidend?

- Deel ik ook mijn eigen belevenissen met de cliënt, de dingen die me bezig houden, positief en negatief?

- Deel ik mijn zorgen of vragen over de begeleiding/behandeling met de cliënt of zoek ik vooral andere manieren om die op te lossen?

- In hoeverre lukt het me om gelijkwaardigheid te creëren in de hulpverleningsrelatie?

- Als deze dingen niet lukken, bespreek ik dat dan met de cliënt? Heb jij onophoudelijk vertrouwen in de ander?

Op het niveau van de organisatie dient de omschakeling naar herstel ondersteunende zorg, dit betekent dat in eerste instantie dient te worden geïnvesteerd in activiteiten die ten goede komen aan cliënten zoals herstelwerkgroepen, cliëntinitiatieven en andere vormen van zelfhulp. De medewerkers en organisatie blijven ondersteunend en nemen dus zo weinig mogelijk over (Kole e.a., 2013) Herstel betekent dat iemand weer

in staat is zijn eigen regie over het leven weer in de hand neemt en houdt. Professionele hulp kan geboden worden door hulpverleners, maar ook door ervaringsdeskundigen, die ook een opleiding kregen of getraind zijn in het herstelondersteunend hulpverlenen. Belangrijk hierbij is dat zij hoop en vertrouwen uitstralen, over heel veel empathie beschikken, naar het echte levensverhaal kunnen luisteren en dat zij de kracht van de cliënt zien en ook helpen deze kracht te benutten. Pas wanneer op alle niveaus in de organisatie de herstelvisie gehanteerd werd kan men spreken over een herstelgerichte werking. Zoals verder zal blijken is een volledig herstel voor een aantal hulpvragers moeilijk omwille van de complexiteit aan problemen waarmee men geconfronteerd wordt

1.2 DIMENSIES VAN HERSTEL

De organisatie SAMHSA (Substance Abuse and mental Health Services Administration) onderscheidt volgens (Stel, 2012) vier dimensies van herstel:

- Gezondheid: het overwinnen of beheersen van de aandoening
- Huisvesting: een stabiele en veilige plek om te leven
- Doel: het hebben van betekenisvolle dagelijkse activiteiten (werk, school, vrijwilligerswerk, familieleven, creatieve ondernemingen), het genieten van onafhankelijkheid, inkomen en middelen om deel te kunnen nemen aan de samenleving. (Cook JA e.a., 2012)
- Gemeenschap: de beschikking over relaties en sociale netwerken die zorgen voor steun, vriendschap, liefde en hoop

Een hoge score op deze dimensies is volgens (Stel, 2012) uiteraard herstel bevorderend. Maar hij geeft helaas ook aan dat voor veel mensen zo'n hoge score onbereikbaar is. Hun slechte gezondheid, vaak belabberde huisvesting, perspectiefloosheid en sociaal isolement of gebrek aan sociale steun kan hun herstel jammer genoeg sterk beperken.

1.3 HERSTEL SCHEMATISCH



(Deproost, 2014)

Het komt erop neer dat, als men zowel persoonlijk herstel als sociale inclusie wil bereiken, er een aantal elementen van groot belang zijn. Hoop, positieve identiteit, eigen regie, volwaardig burgerschap, participatie, persoonlijke groei en sterktes, krachten en talenten leiden uiteindelijk tot een herstel-bevorderend milieu. Dit milieu uit zich hierbij in een aantal onmisbare elementen, die dan uiteindelijk (en graag ook blijvend) tot de drie vormen van herstel en sociale inclusie moeten leiden. Naast de inzet van ervaringsdeskundigheid (zie later), werk, tijdsbesteding, relaties, zingeving, en o.a. zelfmanagement kan men stellen dat het krachtgerichte empowerment centraal staat.

2 Empowerment is de basis voor herstel

Empowerment verwijst naar hoe mensen door een actieve inzet hun eigen kracht ontdekken, ontwikkelen en leren inzetten. Wanneer iemand te maken krijgt met ernstige psychische problemen, dan heeft dat vaak een groot ontwrichtend effect op meerdere vlakken van het dagelijks leven zoals een slechtere lichamelijke gezondheid in het geval van verslaving, relatieproblemen, verminderd zelfvertrouwen en gevoelens van machteloosheid. Het maatschappelijke stigma van psychische problemen dat nog steeds erg leeft kan het gevoel aanwakkeren niet meer mee te tellen in de samenleving, met armoede en verlies van (belangrijke) rechten tot gevolg. Herstelgericht werken moet dus veel verder reiken dan de aandoening of het leren omgaan met de aandoening. In de hulpverlening gaat het erom te komen tot een vruchtbare samenwerkingsrelatie waarin ruimte is voor het proces van empowerment. De kern van dit proces is het mogen onderzoeken van 'wie ben ik', het zoeken naar de eigen kracht en het gebruiken van eigen kennis om grip te krijgen op de psychische aandoening en/of verslaving. (Kole e.a., 2013) De nadruk bij empowerment ligt dus bij 'kracht'. Empowerment kan volgens Boumans (2012) dus gedefinieerd worden als een veranderingsproces van een individu waarbij die zijn eigen kracht ontdekt, of herontdekt, ontwikkelt, uitbouwt en effectief leert toepassen. In die zin is empowerment een positief antwoord op het denken vanuit ziekte, beperkingen en kwetsbaarheid. Concreet kan men stellen dat empowerment leidt tot meer invloed op leefgebieden als gezondheid, wonen, werk, zorg, vrijetijdsbesteding, sociale relaties en zingeving.

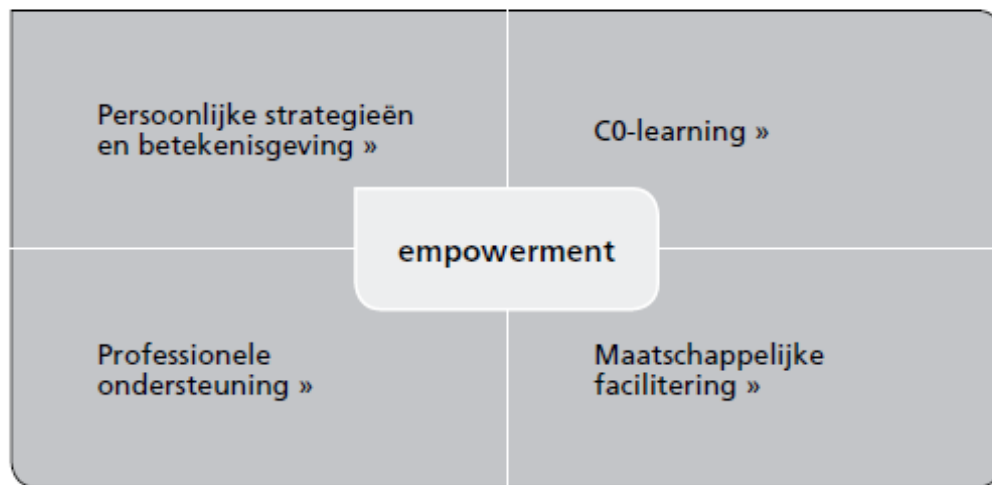
2.1 EMPOWERMENT IN DE PRAKTIJK

In de thematische analyse van verzamelde artikelen in verband met empowerment door Boumans (2012) worden vier hoofdcategorieën onderscheiden.

1. Persoonlijke strategieën en betekenisgeving
2. Co-learning
3. Professionele ondersteuning
4. Maatschappelijke facilitering

In deze vier categorieën staat er telkens een andere 'actor' centraal, respectievelijk:

1. Wat kunnen *mensen zelf* doen? (Smith-Merry, Freeman, & Sturdy, 2011)
2. Wat kunnen *mensen samen* doen?
3. Wat kunnen *professionals* doen?
4. Wat kan de *samenleving* doen?



Empowerment in de praktijk (Boumans, 2012)

2.2 BESLUIT OVER STERKTEGERICHT ('EMPOWEREND') WERKEN

Door het traditionele genezingsmodel ('medisch model') ondergeschikt te maken aan de visie op herstel wordt de focus op het vinden van een persoonlijke betekenis, een identiteit waarin de ziekte een plaats krijgt met behoud van een positieve zelfwaardering. Men stimuleert hoop, het geloof dat men de eigen dromen wel nog kan waarmaken, zelfs met de ziekte. Men voegt zich niet naar de beperkte ambities die anderen je omwille van de ziekte opleggen. Het gevoel om zelf de regie te hebben over het eigen leven en over de ziekte wordt opgewekt. En tenslotte grijpt men gelegenheden aan om een leven als volwaardig burger op te bouwen. Men maakt gebruik van de voorzieningen die open staan voor alle burgers en men participeert aan het maatschappelijke leven. Empowerment bestaat erin dat mensen hun eigen kracht

(her)ontdekken ondanks de ziekte: de beperkingen niet steeds op de voorgrond plaatsen, maar ze ook niet ontkennen. De ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid¹ bieden een sterke bodem voor empowerment en herstel. Door betekenis te geven aan de problemen en te kijken naar strategieën die men ontwikkeld heeft om ermee om te gaan, ontstaat sterkte. Men kan lotgenoten helpen om hun weg naar herstel te zoeken en men kan hierbij de ervaringskennis overdragen (Van Audenhove, 2013).

Alvorens verder in te gaan op het belang van ervaringsdeskundigheid in de herstelgerichte zorg in het algemeen wordt hieronder eerst nog toegelicht dat de toepassing van de principes van herstelgericht werken op een residentiële afdeling niet steeds evident is.

3 Spanningsveld tussen herstelgericht denken en een residentiële behandeling

Psychiatrie houdt zich voornamelijk bezig met diagnostiek, behandeling en rehabilitatie. En in functie van ondersteuning van herstel met aandacht voor het netwerk van de cliënt. Het is van groot belang dat er een onderscheid gemaakt wordt tussen remissie van de symptomen (eerder een verbetering dan een volledige 'genezing'). Remissie van symptomen is in principe het resultaat van een klinische behandeling, terwijl persoonlijk herstel (zoals empowerment of autonomie) gaat het om de activiteiten die patiënten zelf verrichten om hun lichamelijke, psychische en sociale omstandigheden te verbeteren (Deproost & Verkest, 2014). Remissie van symptomen is mogelijk zonder persoonlijk herstel, en persoonlijk herstel is ook mogelijk zonder remissie (Stel, 2012). In de vermaatschappelijking van de zorg staan drie processen centraal: (1) een vermindering van het aantal personen in een institutionele context, (2) diversificatie van de zorgmethodieken en (3) de verdeling van de verantwoordelijkheid voor de zorg over verschillende voorzieningen en personen. Concreet betekent dit de afbouw van bedden in residentiële voorzieningen, een groei van ambulante initiatieven en een pleidooi voor meer participatie en empowerment van cliënten. (Pannecoucke, Verstraete, Meeus, & De Decker, 2014a)

¹ Hoofdstuk 4: Ervaringsdeskundigheid

Op een residentiële afdeling krijgen cliënten te maken met afdelingsregels en restricties die bedoeld zijn als beschermingsmaatregelen voor de cliënt zelf of om het leefklimaat voor iedereen zo optimaal mogelijk te maken. Dergelijke regels lijken in tegenspraak met de principes van herstelgericht werken (bv. Bezoekuren zijn beperkt, uitgangsverbod van de afdeling, niet op café mogen gaan enz.). Niet alleen kunnen er spanningen ontstaan tussen cliënten en zorgverleners, het kan ook conflicten tussen hulpverleners onderling met zich meebrengen. Het vormt in die zin een grote uitdaging voor de hulpverleners om de principes van herstelgericht werken te verzoenen met de omstandigheden op een residentiële afdeling. Ter illustratie een voorbeeld uit de praktijk: het is moeilijk om aan 'sterktes' te werken bij een cliënt die van op de afdeling een overnachting doet naar huis, daar een fles whisky leeg drinkt, onder invloed terug op de afdeling komt en dan na het derde herval op korte tijd geconfronteerd wordt met een ontslag. Dergelijke ontslagregel is nodig omdat er nog een veertigtal anderen in opname zijn. Voor de anderen kan een terugkomst uit weekend van cliënt X in dronken toestand ook een enorme frustratie zijn. In een residentiële setting zit men met een groep mensen die allen aandacht nodig hebben, anderen moeten beschermd worden tegen misbruiken, enz. Da Capo is een open (en deels gesloten) afdeling voor residentiële behandeling van mensen met een persoonlijkheidsproblematiek en een verslavingsproblematiek. Om te weten te komen in welke mate de principes van herstelgericht werken gehanteerd worden werd eind 2015 op afdeling Da Capo een meting gedaan in de vorm van een ROPI of voluit de Recovery Oriented Practices Index. Naast een bevredigend resultaat kan er evenwel een kanttekening geplaatst worden. De meting werd niet toegepast door externen. (Ideaal bij een ROPI is namelijk dat twee experts vanuit een andere instelling/afdeling dit komen toepassen) Men heeft aangetoond dat internen bij een ROPI doorgaans geneigd zijn om hogere scores toe te dienen. Bovendien, door het op de afdeling gehanteerde therapeutisch kader, namelijk DGT en de daaraan verbonden principes en kenmerken wordt het herstel vaak bemoeilijkt. Het zorgprogramma op de afdeling gaat uit van de principes van Dialectische Gedragstherapie (DGT), ontwikkeld door Prof. Linehan aan de universiteit van Washington (Linehan, 1993). Mevrouw (van den Bosch, 2005) bracht deze visie een aantal jaren geleden naar de afdeling. Het uitgangspunt noemt men de biosociale theorie. Deze manier van kijken naar persoonlijke problemen vertrekt vanuit de zelfsturende kracht die elke mens bezit. Biologische kwetsbaarheid, een niet-steunende omgeving en/of traumatische

ervaringen kunnen persoonlijke groei echter verstoren. Hierdoor wordt een persoon beperkt in zijn mogelijkheden om verantwoordelijkheid op te nemen voor zichzelf en anderen. In het programma wordt de cliënt aangespoord om deze verantwoordelijkheid opnieuw op te nemen. Men leert vaardigheden aan om anders om te gaan met zichzelf en met anderen. De begeleiding helpt om nieuwe vaardigheden uit te proberen, om over belemmeringen heen te komen en om gemotiveerd te blijven. Men richt de aandacht op gezonde krachtbronnen in het leven van de cliënt. Men spreekt van een zorgprogramma “angst/depressie” of “middelen plus” omdat DGT niet alleen werkt aan problemen, maar aan alle persoonskenmerken die bijdragen tot een vastgelopen situatie. Deze individuele aanpak vraagt zowel van de cliënt als de omgeving en de begeleiding een groot commitment: een bereidheid tot verandering, maken van directe afspraken, poging tot daadwerkelijke gedragsverandering, bereidheid om alle problemen en gevoelens bespreekbaar te maken en bereidheid om adviezen op te volgen. Men kan gerust stellen dat het belangrijke principe eigen regie of zelfmanagement hierdoor voor een groot stuk verloren gaat op de afdeling. Mede daardoor ontstaat er een spanningsveld tussen de ambities van het herstelgericht werken en de realiteit op de afdeling. Ook rond medicatiebeheer bestaan er doorgaans op een residentiële afdeling een aantal regels die botsen met het herstelprincipe.

Praktijkvoorbeeld:

² Inname wordt strikt begeleid op de residentiële afdeling. Het voorschrijven van medicatie gebeurt bij voorkeur in samenspraak met cliënt – uitzonderlijk wordt medicatie toegediend waar cliënt wel vanop de hoogte is maar waar hij op dat moment niet echt om vraagt (bv. bij agressie of ernstige psychotische of delirante toestandsbeelden)- men deelt voor het toedienen van deze medicatie wel mee wat men toedient teneinde cliënt de kans te geven om eventuele allergieën te melden. Afbouw van gelijk welke medicatie gebeurt ook meestal in overleg met cliënt. Voor

² Toelichting uit de praktijk, waarbij enerzijds de cliënt betrokken wordt bij zijn/haar medicatiebeheer, (eigen regie) anderzijds gebeurt het wel vaker dat de cliënt, zowel mentaal als lichamelijk, (nog) niet in staat blijkt om diens afbouwschema met ondersteunende medicatie volledig af te ronden. Een daaropvolgende drastische maatregel als ontslag kan vreselijke gevolgen hebben. Denk maar aan tal van negatieve ervaringen zoals herval, wantrouwen naar de ggz, het (zelf)stigma dat verder wordt aangewakkerd, enz.

verslavende, somatisch of psychiatrisch niet noodzakelijk medicatie wordt een afbouw dringend geadviseerd. Er wordt, bij bv een verslavingsproblematiek vanaf de dag van opname, doorgaans wel een detoxicatieschema voorzien om het comfort te verhogen. Indien de cliënt niet akkoord gaat met de afbouw van verslavende medicatie wordt de opname in vraag gesteld en wordt het ontslag voorbereid. Doorverwijzing naar een ander centrum kan men dan ook vaak niet waarmaken gezien er geen centrum gekend is dat hier anders mee omgaat.

Huisvesting, een van de vooraf aangegeven dimensies bij herstel ³ kan ook een probleem vormen. Want hoewel iemands woonsituatie bij ontslag uit een psychiatrische instelling al bij het begin van de opname een aandachtspunt vormt, blijkt het allesbehalve evident om de invulling ervan vanuit een ziekenhuisverblijf op het terrein succesvol aan te pakken. Men werkt immers in een context waar het genezingsproces centraal staat, waar het psychische probleem primeert. Op zich is dat een logisch en perfect verstaanbaar, doch strookt het niet met de beoogde vermaatschappelijking van de zorg. Het ontbreken van een (degelijke) woonst kan betekenen dat de cliënt langer in opname blijft, of in andere situaties beslissen sommige cliënten om toch op ontslag te vertrekken zonder een dak boven hun hoofd te hebben. Daarnaast gebeurt het ook meermaals dat cliënten onmiddellijk ontslagen worden omwille van hun gedrag of omwille van bepaalde feiten die zich hebben afgespeeld en waarbij het ontslag niet voorbereid kon worden. Gevolg hierbij kan zijn dat voor de cliënt, naast het ontbreken van een degelijke woonst of zelfs een dak boven het hoofd dat die personen uiteindelijk ook de nodige zorgverlening moeten missen. (Pannecoucke, Verstraete, Meeus, & De Decker, 2014b)

³ 1.2. Dimensies van herstel

4 Ervaringsdeskundigheid in de ggz

Dat de cliënten in de geestelijke gezondheidszorg vaak te maken hebben met meervoudige en complexe problemen op diverse levensdomeinen kwam reeds meermaals aan bod. Steeds meer maken organisaties waaronder residentiële instellingen gebruik van ‘ervaringsdeskundigen’ die soortgelijke problemen hebben ondervonden maar die ondertussen voldoende hersteld zijn om hun ervaringen in te zetten om cliënten te ondersteunen in hun herstelproces.

4.1 *HOE KAN ERVARINGSDESKUNDIGHEID BIJDAGEN AAN DE GGZ?*

Dat in heel veel ggz-instellingen ervaringsdeskundigheid een beleidsthema is geworden en dat cliënten worden betrokken bij diverse vormen van het werk en hierbij ook worden opgeleid, is historisch gezien toch vrij nieuw. De introductie van ervaringsdeskundigen in interne overlegorganen en teams, en de participatie van (ex-) cliënten bij het uitvoerend werk, stuitte enkele jaren terug nog op forse weerstanden bij o.a. psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. Maar tot veel meer dan uitstel heeft dit protest niet geleid. In de huidige praktijk staan de positieve ervaringen die met de inzet van ervaringsdeskundigen worden opgedaan voorop. (Stel, 2012) Een belangrijke bijdrage van een ervaringsdeskundige is de voorbeeldfunctie. De ervaren cliënt of ex-client is een bron van hoop. Hij of zij draagt bij aan de vermindering van het stigma en zorgt ervoor dat de focus gericht blijft op herstel en empowerment. Uit menig onderzoek bleek dat cliënten vinden dat een ervaringsdeskundige over meer inlevingsvermogen beschikt dan andere hulpverleners. Maar de hulpverlener doet uiteraard ook bijzonder veel ervaring op en begint met een rugzak vol kennis en theorie, waardoor ook de kennis van de hulpverlener wordt vergroot. Tevens werd aangegeven dat men het contact met een ervaringsdeskundige op gelijkwaardiger niveau vindt, het cliëntenperspectief wordt door de ervaringsdeskundigen vertegenwoordigd en hij/zij herkent over het algemeen sneller de onvervulde behoeften. (Bovenberg, Wilrycx, Bähler, & Francken, 2011)

4.2 MOGELIJKE PROBLEMEN MET ERVARINGSDESKUNDIGHEID

Er zijn ook wel nadelen verbonden aan de ervaringsdeskundigheid. Als een ex-cliënt zich wil ontwikkelen tot ervaringsdeskundige lijkt het een belangrijke voorwaarde dat de ervaringsdeskundige echt boven diens eigen problematische verleden kan staan. Pas als dit bereikt is, kan men als ex-cliënt, met de expertise en ervaringen die hij heeft, anderen helpen. Maar dan nog kunnen er nadelen blijven bestaan. Ervaringsdeskundigheid blijft beperkt tot één persoonlijk verhaal, terwijl het wordt gebracht als een soort 'wij-verhaal'. Bovendien zijn er vast ook cliënten die niet zitten te wachten op iemand die beweert hetzelfde als hen te hebben meegemaakt. Op die manier kan het ook vernederend werken (Levano, 2009). Aan de hand van tien clichés over ervaringsdeskundigheid belichtte Levano (2009) de rol en functie van ervaringsdeskundigen binnen de ggz. Zijn eigen werkervaring vormde hierbij het uitgangspunt. *“De ervaringsdeskundige kan heel dichtbij komen. Dit klinkt mooi, romantisch bijna, maar er schuilt zeker gevaar: wie dichtbij kan komen, kan met een kleine beweging al veel overhoop halen. Tegelijkertijd bestaat het risico dat de ervaringsdeskundige vanwege de eigen negatieve symptomen of cognitieve schade (van een psychische aandoening) een minder scherp oog heeft voor het sociaal tactvolle.”* In 2010 werd 'het Handvest Maastricht' opgesteld, waarin onder andere betaalde ervaringsdeskundigheid een speerpunt was (Oude Bos & drs. Rutten, 2010). Maar zes jaar later blijkt het nog steeds bijzonder lastig om alles goed uitvoerbaar te maken (Keuch e.a., 2016). (zie bijlage 1) De financiële belemmeringen zouden een negatief effect kunnen hebben op het engagement van de ervaringsdeskundige. In 2014 werd toelichting gebracht over het inschakelen van ervaringsdeskundigen in de provincie Antwerpen. Hier werd onder meer aangegeven dat in Vlaanderen nog geen erkende opleiding bestaat in de ggz (Becher, 2014). Ervaringsdeskundigen worden o.a. ook ingezet om de patiëntrechten te verdedigen en hen ook te vertegenwoordigen, wat in dezelfde lijn ligt van de discretieplicht of het beroepsgeheim. Als de ervaringsdeskundige en de cliënt mekaar zouden kennen (bv. sinds een vorige opname, toen ze samen opgenomen waren) ontstaat er wellicht een moeilijker situatie. Ervaringsdeskundigen wéten dat men het beroepsgeheim nooit mag schenden, ook terwijl men elkaar reeds kende toen de expert zelf in een moeilijke periode

zat. Bij dergelijke situaties, die vermoedelijk wel kunnen gebeuren, zal de ervaringsdeskundige moeten beschikken over een sterke persoonlijkheid en een goede kennis van het beroepsgeheim. Ook vanuit het oogpunt van de cliënt kan dit nadelig zijn. Denk bijvoorbeeld maar aan bijkomende schaamtegevoelens of gevoelens van onveiligheid die kunnen ontstaan door dergelijke confrontaties. Hier past nog het hele spanningsveld 'afstand-nabijheid' in, niet alleen tegenover de cliënt die door de ervaringsdeskundige wordt begeleid, maar ook tegenover de hulpverlener. De hulpverlener wordt collega, zeker wanneer de ervaringsdeskundige betaald wordt. Wisselende verhoudingen kunnen zeker voor moeilijkheden zorgen: de ervaringsdeskundige als collega, maar omwille van zijn of haar kwetsbaarheid misschien even later weer cliënt. En hoe moet het dan met activiteiten in de privé- sfeer? Stelt U zich even voor: met collega's op een trouwfeest, de ervaringsdeskundige, ex alcoholist, laat zich volledig gaan. Wat is onze rol daar? Eventuele positieve discriminatie van ervaringsdeskundigen kan ook tot ontevredenheid leiden, wanneer leidinggevend anders met regels omgaan voor ervaringsdeskundigen dan voor de rest van het personeel.

4.3 **BESLUIT**

Ervaringsdeskundigen spelen een cruciale rol bij het delen van hun ervaringskennis over psychische problemen, welke oplossingen en strategieën werken, welke steun belangrijk is, welke begeleiding en behandeling aanslaan of herstel-bevorderend zijn. Gelijkwaardigheid met de cliënt staat hier ook centraal, net als het motiverend en hoopvol aspect. Kortom, de inzet van ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg komt de herstelprocessen en maatschappelijke participatie van personen met psychische problemen ten goede. Rond rollen, functies en settingen lopen de meningen uiteen, naargelang de positie die men inneemt tegenover de herstel-ondersteunende visie. Hulpverleners hebben (jarenlang) geleerd om steeds professionele distantie te bewaren, en kunnen een onveilig gevoel krijgen wanneer die distantie wegvalt omdat men collega's wordt. Het artikel van Oude Bos & drs. Rutten, (2010) geeft aan dat bepaalde instellingen ervaringsdeskundigheid wel ernstig nemen door het in het zorgaanbod te

implementeren, maar hierbij veel te weinig doen om herstel als leidend principe naar voor te schuiven. Ervaringsdeskundigen dienen ook heel goed opgeleid te worden rond beroepsgeheim en dienen, eens in een team ingeschakeld, te beschikken over een grote verantwoordelijkheid en vooral wilskracht. Men moet goed beseffen dat ervaringsdeskundigen mensen zijn met mogelijk een blijvende kwetsbaarheid, en dat de balans 'draaglast-draagkracht' zeer goed zal moeten bewaakt worden. Er is een hele ontwikkeling ontstaan tussen de traditionele zorg en de herstelfilosofie. Binnen de herstelfilosofie kan de hulpverlener verschillende rollen opnemen. Maar er is een grens en waar ligt die dan? De meningen aangaande nieuwe omgangsvormen in een psychiatrisch ziekenhuis kunnen ver uiteen liggen: van heel open naar heel kritisch. En dit zal vast niet anders zijn tegenover de ervaringsdeskundige als 'nieuwe collega'.

5 WRAP: Wellness Recovery Action Plan

5.1 INLEIDING

Om als ervaringsdeskundig te kunnen worden ingezet in de herstelgerichte zorg heeft de cliënt een aantal basisvaardigheden nodig. De methodiek van de WRAP kan hiervoor gebruikt worden waarbij WRAP staat voor Wellness Recovery Action Plan en werd ontwikkeld door Mary Ellen Copeland vanuit haar eigen ervaringen met en onderzoek naar herstel (Smith-Merry e.a., 2011).

5.2 WAT IS WRAP?

Het kan omschreven worden als het resultaat van de uitwisseling van een aantal mensen over wat hen heeft geholpen bij hun herstel. WRAP wordt gegeven door twee ervaringswerkers die een aantal principes onderschrijven: acceptatie van de individualiteit van de deelnemers, respect, erkenning van ervaringen, opties geven in plaats van antwoorden, elke persoon is expert over zichzelf, zelfbeschikkingsrecht, gelijkheid,

groepsveiligheid. (Boumans, 2012) De WRAP-opleiding is bedoeld voor zowel mensen met ervaringsdeskundigheid als voor andere hulpverleners. Het is een methode waarbij herstel en ervaringsdeskundigheid hand in hand gaan. Een meerwaarde van dit herstelgerichte actieplan is dat het ontworpen is voor en door mensen die de regie over hun leven willen vergroten, zodat ze zélf hun levensdoelen kunnen bereiken en hun levenskwaliteit kunnen verhogen. *“Het meest belangrijke aan WRAP is dat het zich richt op datgene wat goed loopt en positief is in iemands leven, zowel voor zichzelf als voor anderen.”* Mensen met langdurige en ernstige psychische aandoeningen, bij wie sprake is van psychische en/of maatschappelijke ontwrichting, behoren tot de doelgroep. WRAP is niet gebonden aan een specifieke diagnose. WRAP is geen behandelplan, het blijft in de handen van de deelnemer. *“De keuze om het met iemand te delen ligt volledig bij de participant.”* WRAP is ook geen vervanging voor hulpverlening of medicatie. Reeds vele jaren wordt WRAP op ruime schaal toegepast in o.a. de V.S., Nederland, Schotland, Nieuw Zeeland, Australië en Japan.

5.2.1 Doel

WRAP is een soort zelfhulpplan waarmee mensen met ernstige psychische aandoeningen eigen identiteit, balans en verloren gewaande sociale rollen kunnen hervinden en over de gevolgen van ontwrichtende psychische ervaringen heen kunnen groeien. Zij kunnen ermee ontdekken hoe ze zelf betekenis kunnen geven aan hun ervaringen en hoe zeer dit bijdraagt aan hun herstel. WRAP ondersteunt persoonlijk herstel, emancipatie en het doorbreken van (zelf)stigmatisering.

5.2.2 Aanpak

Ik heb in functie van deze bachelorproef een interview gedaan met Luc C, een ervaringsdeskundige die ook werkzaam is op mijn afdeling en die ook WRAP-facilitator is geworden. Wat Luc vertelt wordt geanonimiseerd, maar een aantal fragmenten worden in deze thesis door middel van quotes

aangehaald om de theorie van WRAP aan te tonen. Of hoe zich dat volgens de ervaringsdeskundige in de praktijk kan uiten. Luc C. is een ervaringswerker van de Werkgroep Ervaringsinzet en Participatie (“Werkgroep Ervaringsinzet en Participatie (WEP)”, 2012) verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Sint Hiëronymus. WEP is een groep van een tiental mensen die allemaal een connectie hebben (gehad) met het P.C. Sint-Hiëronymus (Sint-Niklaas) en/of het netwerk daarrond. Men gaat er van uit dat de inzet van ervaringswerkers kan leiden tot meer hoop, (h)erkenning, steun en empowerment bij cliënten. Het uitbouwen van projecten met ervaringswerkers werkt als men dit zelf mee vorm kan geven. Men werkt binnen het psychiatrisch centrum vanuit een groep ervaringswerkers, niet via de inzet van één of twee ervaringswerkers. Maar Luc en nog een andere ervaringsdeskundige hebben de opleiding tot WRAP-facilitator nu reeds gevolgd. *“WRAP wordt standaard aangeboden in acht groepsbijeenkomsten van 2,5 uur. De bijeenkomsten worden geleid door geschoolde WRAP Facilitators. WRAP Facilitators zijn ervaringsdeskundigen. Tijdens de bijeenkomsten maken de deelnemers een begin met hun eigen WRAP plan. Zij kunnen dit thuis verder ontwikkelen. De WRAP bestaat uit zeven onderdelen, bevat vijf sleutelbegrippen en een ‘gereedschapskoffer voor een goed gevoel’ (Zie schema en de onderstaande beschrijving van hoe dit proces in de praktijk geconcretiseerd wordt volgens Luc.)*



Er zijn vijf sleutelbegrippen die in de sessies per persoon worden bekeken en dewelke volgens ervaringsdeskundige Luc toch een drietal sessies in beslag nemen. *“Niet zozeer de theorie, men neemt daar niet zoveel tijd voor, maar vooral met ‘hoe voelt dat aan?’ **Hoop**, wanneer werkt dat? En wanneer voel je dat zakken? Wanneer voel je de moed uit uw schoenen zakken? Op het moment dat je hoop hebt dan gaat het goed. Maar er zijn momenten dat er dingen gebeuren in je leven dat hoop kan wegvallen. **Persoonlijke verantwoordelijkheid** is de moeilijkste want je bent zélf verantwoordelijk voor je eigen welbevinden. Dus ook voor uw eigen herstel. Omdat niemand weet wat er voor de ander werkt. Enkel de persoon zelf weet dat. Het is opmerkelijk dat veel mensen in het stuk blijven steken van wat hen is aangedaan, wat mag en wat niet mag, normen, waarden enz. Dus dat kunnen loslaten en kijken wat er individueel werkt en het zo verder opnemen. Dit is altijd een moeilijke stap waar men door moet. Dus dat is een soort nieuwe mind-set van mensen. In de zin van: ‘oké, het gaat mij niet goed, ik ga nu eens op zoek naar wat er allemaal verkeerd gelopen is’. Maar bij WRAP wordt dat dan: ‘oké, het gaat mij niet goed, wat kan ik nu doen opdat het terug goed zou gaan met mij?’ Dat is een compleet andere manier van ermee om te gaan. Het belangrijkste is om gericht te kijken naar wat je nu kan doen. Opdat het terug beter met jou zou gaan. En die mind-set, die verandering, die zie je sommige mensen tijdens de sessies krijgen, bij andere mensen duurt dat langer.. Omdat mensen redeneren als ‘ik ben verantwoordelijk geweest en nu ben ik nog eens verantwoordelijk voor mijn eigen welzijn, wanneer houdt dat eindelijk op? Wanneer moet ik nu niet meer werken, wanneer kan ik gewoon leven?’ Het maken van **eigen doelstellingen** is heel belangrijk. Je hebt dan ook **opkomen voor jezelf**. Dat is uiteindelijk commitment- en acceptatietheorie. We hoeven het niet allemaal te weten, te kennen, het hoeft niet allemaal te lukken. Je bent bezig, je probeert maar. En falen is leren. Het is niet omdat je als je het de eerste keer probeert, dat het daarom ook gaat lukken. De oude reflex zou dan zijn: ‘zie je wel dat het niet werkt’. En dan **steun**: dat zijn de klassieke, de gekende. Wat hierbij wel boeiend is, is het steun vinden in uw eigen overtuigingen, in uw eigen successen. Het is een enorm voordeel dat men het kan vertellen, dat men er veel informatie over kan geven vanuit uw eigen leven.”*

5.2.3 De zeven onderdelen (sessies) chronologisch toegelicht door de WRAP-facilitator aan de participanten

Het maken van een WRAP begint met het inventariseren en verzamelen van al het gereedschap dat nodig is voor een goed gevoel. Er wordt aan de participanten gevraagd wat 'gereedschap' is voor een goed gevoel. Met andere woorden, dingen die helpen om hun beter te voelen en die gezond en veilig zijn. Een volledige WRAP-training staat in bijlage.

Sessie 1: “De gereedschapskoffer voor een goed gevoel”

Er wordt een inventarisatie gemaakt van al het mogelijke 'gereedschap' voor een goed gevoel. *“Dit gereedschap kan op algemene doelen gericht zijn zoals zich goed of beter voelen. Naast de koffer voor een goed gevoel bestaat de WRAP uit actieplannen om zich zo goed mogelijk te (blijven) voelen. Deze actieplannen zijn gebaseerd op het toepassen van het gereedschap uit de koffer voor een goed gevoel.”* Het is een levend document dat steeds bijgesteld kan worden naar aanleiding van veranderingen of bepaalde conclusies op grond van de ervaringen met wat de cliënt helpt.

Sessie 2: “Plan voor een dagelijks onderhoud”

Dit bestaat uit drie delen. *“Hoe ben ik als ik mij goed voel? Wat moet ik dagelijks doen om mij goed te blijven voelen? En tenslotte wat moet ik op geregelde tijdstippen doen om mij goed te blijven voelen?”*

Sessie 3: “Triggers en actieplannen”

Triggers zijn geen bewijzen dat men psychisch niet in orde is of dat men een terugval heeft. Het zijn heel vervelende reacties op een vervelende situatie. *“Men leert om de triggers (veel beter) te herkennen, en vervolgens ontwikkelt men een strategie om met deze triggers om te gaan.”*

Sessie 4: “Vroege waarschuwingstekens en actieplannen”

Vroege waarschuwingstekens zijn interne signalen dat er iets niet goed gaat. Men maakt hierbij een lijst van signalen die men doorgaans voelt en die erop wijzen dat het minder goed gaat. *“Op welke manier krijg je van*

binnen uit signalen dat het minder goed met je gaat en wat kun je hieraan doen?”

Sessie 5: “Als het dreigt te ontsporen... Signalen van ontsporing en actieplannen”

Men zoekt naar de persoonlijke betekenis van ‘ontsporen.’ Het is in deze situatie onmiskenbaar dat er iets mis gaat en mogelijk is het ook gevaarlijk. Het is belangrijk om strategieën te ontwikkelen, zodat men snel en effectief kan ingrijpen als men deze tekens bij zichzelf herkent.

Sessie 6: “Crisisplan”

Een crisisplan is bedoeld om te gebruiken in een situatie waarin men niet meer voor zichzelf kan zorgen of waar men minder of geen controle meer hebt, en toch de regie wil houden. Het is belangrijk om dit plan te maken als men zich goed voelt en er de tijd voor kan nemen. Dit is *“het enige onderdeel van de WRAP dat men schrijft voor anderen zodat zij weten wat er moet gebeuren als je niet voor jezelf kan zorgen.”* Het crisisplan kan gedeeld worden met diegenen die een ondersteunende rol spelen in geval van crisis. Dit kunnen ook hulpverleners zijn. (Boertien, 2013)

Sessie 7: “Post-crisisplan”

Men kan een schema maken om geleidelijk aan weer verantwoordelijkheden op te nemen.⁴

5.3 HERSTELVERHALEN

Sommigen schrijven hun verhaal neer om op die manier verder te werken aan hun eigen herstelproces. Het schrijven van een herstelverhaal kan immers helpen om hun kwetsbaarheid een plek te geven in hun leven. Het kan een manier zijn om te verwerken wat men al heeft meegemaakt. Het kan ook helpen om inzichten te verwerven rond het eigen herstelproces. Anderen schrijven hun herstelverhaal (ook) omdat ze hiermee naar buiten willen komen. Om anderen

⁴ Na de acht bijeenkomsten kunnen deelnemers zelf hun WRAP aanpassen en verder ontwikkelen.

te informeren, om erkenning en hoop te geven, om het stigma rond psychische aandoeningen te verkleinen, om tips te geven aan hulpverleners rond het omgaan met cliënten. (Smith-Merry e.a., 2011) Een levensverhaal is niet hetzelfde als een herstelverhaal. Een levensverhaal beschrijft vooral de levensloop vanaf de kindertijd tot hoe men verder ontwikkeld is tot wie hij/zij nu is. Het kan gaan over het gezin waarin men opgroeide, de schooltijd, mogelijke relaties of werksituaties en ook over de psychische kwetsbaarheid. Wanneer die kwetsbaarheid ontstaan is, wat hier verder rond gebeurd is en waar je nu staat. Samengevat: het levensverhaal beschrijft de levensloop. In een herstelverhaal ligt de nadruk niet zozeer op de levensloop, maar ligt de nadruk meer op het eigen herstelproces. Dit vraagt vaak meer denkwerk. Het accent ligt hier op vragen zoals: wat heeft mij nu geholpen tijdens mijn herstel en wat juist niet? Sommigen bekijken deze vragen in de verschillende fasen van hun herstelproces. Bv. wat was helpend of had helpend kunnen zijn voordat de ziekte uitbrak, wat hielp of hielp juist niet wanneer ze ontdekten dat ze een kwetsbaarheid hadden, hoe zat dit tijdens de opname, na ontslag enz.,... Anderen bekijken op een meer algemene manier wat voor hen helpend of niet-helpend was tijdens hun herstelproces.

Het vormgeven, vertellen en delen van het herstelverhaal heeft verschillende functies. Door verhalen te vertellen wordt men rolmodel voor anderen. Er ontstaat een kettingreactie: '*wat jij kan, kan ik ook!*' Het vormgeven en vertellen van het eigen verhaal geeft inzicht, zelfvertrouwen en werkt *empowerend*. Door verhalen te delen, vergroot het arsenaal aan kennis over herstel. Men leert wat herstel-ondersteunend en ook herstel-ondermijnend werkt. Zorgverleners, familieleden, vrienden en andere supporters leren hen veel beter begrijpen als ze het (volledige) herstelverhaal kennen. Het vertellen van het verhaal kan helpen om de pijn en het verdriet los te laten die zijn opgeslagen. Het werkt helend en bevrijdend. Bovendien verbindt het ook met anderen. Door te vertellen merkt men dat men open kan en mag zijn, dat men gehoord en gezien mag worden. Dit levert vaak mooie en krachtige gesprekken en ontmoetingen op. Het vertellen van verhalen over hoop en herstel in het openbaar draagt er mede aan bij dat er een eind komt aan vooroordelen over en de discriminatie van mensen met psychiatrische klachten. Men laat zien dat de psychiatrische achtergrond maar één onderdeel is van hun persoonlijke geschiedenis.

5.4 WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE OMTRENT WRAP

Onderstaand worden vier wetenschappelijke artikels besproken waarin gefocust wordt op zorgvragers die de WRAP methodiek hebben gevolgd.

5.4.1 Abstract

Introductie: De methode van 'Wellness Recovery Action Plan' (WRAP) lijkt veelbelovend. WRAP is een herstel-ondersteunende zorg met een grote rol voor ervaringsdeskundigen. In onderstaande vier artikels richt men zich op het psychische welbevinden van psychiatrische patiënten met langdurige zorg.

Methode: Beperkte literatuurstudie van vier wetenschappelijke artikels

Resultaten: Als men de effecten van WRAP analyseert, kan er een vermindering van symptomen alsook een groei van hoop vastgesteld worden bij psychiatrische aandoeningen. Uit resultaten bleek dat participanten van het peer-geleide WRAP programma steeds meer begonnen op te komen voor zichzelf en dat ook hun zelfvertrouwen groter werd, waardoor er een positief effect ontstond in het ervaren van veiligheid. (Jones, Corrigan, James, Parker, & Larson, 2013) Het merendeel van de deelnemers aan WRAP, gebruikt aspecten ervan in hun dagelijks leven en blijven dat ook doen, zoals blijkt in de follow-up interviews.

Conclusie: Training in eigen beheer vermindert depressies en angsten en stimuleert het herstelgevoel. Men kon aantonen dat WRAP-participanten hoopvoller werden naar hun herstel en dat er een stijging kwam in hun levenskwaliteit. Vergelijkingen tonen significante verbeteringen aan in psychiatrische symptomen, terwijl niet-significante wijzigingen optraden in de vergelijkingsgroep. WRAP heeft de potentie om een unieke en nuttige benadering te bieden en kan een belangrijke rol spelen in de toekomst bij de geestelijke gezondheidszorg. Peer-geleide zelfmanagement kan een rol spelen bij het bevorderen van assertiviteit. Onderstaande onderzoeken dragen bij tot het groeiende bewijs voor de rol van WRAP bij het vergemakkelijken van herstel en het bevorderen van een hogere levenskwaliteit. Toekomstig onderzoek wordt geboden om WRAP te bevorderen in bredere kringen.

5.4.2 A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. (Cook JA e.a., 2012)

Het doel van dit gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek was om de effectiviteit van WRAP te testen bij personen met een depressie, angststoornis en herstel. Deze studie testte twee hypothesen. Een grotere afname van symptomen bij depressie en angst bij participanten uit de interventiegroep, waarbij dit effect ook zou gehandhaafd blijven en een tweede hypothese zou uitwijzen dat er een grotere toename in het ervaren van herstel gecreëerd wordt en dat dit ook gehandhaafd blijft. Men vergeleek in dit onderzoek WRAP met de gekende, traditionele zorg. De 519 participanten werden gerekruteerd uit zes verschillende steden in Ohio, hadden een ernstige DSM-IV stoornis van ten minste twaalf maanden en hadden nooit eerder een WRAP-training gevolgd. Er werd via meting een vermindering van de symptomen van depressie en angst aangetoond. Eenzaamheid, suïcidaliteit, waardeloosheid, plotseling bang worden zonder aanleiding, angstgevoelens en paniekgevoelens waren de hoofdpunten bij de meting. Het tweede resultaat gaf de herstelbeleving aan, waarbij componenten van empowerment, kwaliteit van het leven, hoop en het draaglijk houden van symptomen werden gemeten. Ook zelfvertrouwen, hulp durven vragen, doelgerichtheid, afhankelijkheid van anderen, en het gevoel dat men niet overheerst wordt door symptomen kwamen aan bod. Dit onderzoek was het eerste gerandomiseerde en gecontroleerde, dat aantoonde dat WRAP een positieve en duurzame impact op de gevoelens van depressie en angst heeft. De ernst van de symptomen bleef dalen onder WRAP ontvangers tot zes maanden na de interventie. De aanmaak van een dagelijks onderhoudsplan kan hebben bijgedragen tot het vermijden van angst en depressie. Het bewustzijn van de vroege waarschuwingssignalen van trieste of angstige gevoelens, samen met de gerichte coping-strategieën kan geholpen hebben om de symptomen beter te beheren en zo te voorkomen dat de symptomen verergeren. De opmaak van een crisisplan kan hebben bijgedragen tot angstreductie onder de deelnemers. Tenslotte kunnen interacties met geloofwaardige rolmodellen ('peers') het geloof bij de deelnemers in hun zelfbeheer, het verhogen van de perceptie van hun herstel en het verlagen van depressieve gevoelens een grote rol spelen. Toekomstig onderzoek is nodig om de verschillen tussen deze hersteldimensies

en hun relatie met andere persoonlijke veranderingen (zoals empowerment) te begrijpen. Deze studie had een aantal beperkingen. De deelnemers werden niet uitgekozen uit een kwantitatieve steekproef, waardoor de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt is. Een tweede kanttekening betreft de wachtlijst van de controlegroep van de studie; het gebruik van een placebo interventie zou een meer rigoureuze onderzoeksopzet zijn geweest. Tenslotte zou een langere follow-up blij kunnen geven van verschillende longitudinale resultaten.

5.4.3 Improving Propensity for Patient Self-Advocacy Through WRAP: Results of a randomized controlled trial (Jessica A. Jonikas, 2013)

Deze studie rapporteerde de bevindingen van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek dat een vergelijking maakt tussen een groep die WRAP interventies kreeg en een andere groep die de traditionele zorg kreeg. Een fundamenteel aspect van succesvol omgaan met de eigen ziekte, is de mogelijkheid hebben om voor zichzelf op te komen, zowel in ziekenhuizen als andere gezondheidscentra. Ondanks de ontwikkeling van verschillende zelfmanagement programma's, was WRAP de meest toegepaste. Deze analyse ging op zoek naar het effect van WRAP bij herstel ondersteunende zorg. In vorige onderzoeken had men al kunnen aantonen dat peer-geleide zorg naar een vermindering van psychiatrische symptomen leidt, dat het de hoop verhoogt en dat het de totale levenskwaliteit verbetert. De vraag die men zich in dit onderzoek stelt is of het peer-geleide WRAP programma leidt tot een verhoogde neiging tot assertiviteit, en of er een verband bestaat tussen assertiviteit en andere herstelgerichte bevindingen. De interventie bestond uit acht sessies van WRAP, geleverd door twee ervaringsdeskundigen. De participanten uit de controlegroep werden op een wachtlijst gezet, met de belofte dat ze later deel zouden nemen aan de WRAP. Ondertussen bleef men wel de traditionele zorg krijgen. Het protocol bij het interview bestond uit valide en betrouwbare schalen om de symptomen, het herstel, de eigen krachten, de kwaliteit van het leven, sociale steun, geestelijke gezondheid en het opkomen voor zichzelf te meten. Deelnemers kregen een kleine financiële vergoeding per deelname. Men voerde een meting uit naar het opkomen voor zichzelf in de Patient-Self-Advocacy Scale. De PSAS bleek goed te correleren met

de concepten van zelf-advocatuur zoals het verlangen naar autonomie, de voorkeur naar het ontvangen van informatie, en de gewenste mate van betrokkenheid. Ook van belang was de relatie tussen PSAS scores en andere herstel gerelateerde uitkomsten, waaronder hoop, levenskwaliteit en een verminderde ernst van de symptomen. Bij het onderzoek dat WRAP zou leiden naar assertiviteit gaven de participanten van de interventiegroep aan dat men veel vlotter leert opkomen voor zichzelf. Men toonde een grotere verbetering in het opzettelijk weigeren om een aanbeveling van de aanbieders te volgen, op basis van hun eigen kennis, overtuigingen en behoeften, dan degenen die WRAP niet hadden ontvangen. Maar men toonden geen verandering in hun wens om zich te informeren over hun ziekte. De studie is beperkt door het feit dat men vertrouwde op de zelfrapportages bij de participanten in hun neiging om voor zichzelf op te komen, het werkelijke gedrag in de ggz-instellingen werd niet geobserveerd.

5.4.4 Experience of wellness recovery action planning in self-help and mutual support groups for people with lived experience of mental health difficulties (Pratt, MacGregor, Reid, & Given, 2013)

Het gaat hier over een onderzoek naar de rol van zelfhulp en wederzijdse steun. De ervaring van de participanten in de WRAP trainingsgroepen werd onderzocht op verschillende manieren, door middel van focusgroepen (in totaal 21 deelnemers), individuele interviews (vonden drie maanden na de focusgroepen plaats), door het verzamelen van pre-post test uitkomsten en door het gebruik van evaluaties per iedere sessie. Veel van de deelnemers beschreven het bijwonen van de WRAP groep als een proces waarbij men veel leerde over zichzelf. Bovendien begon men meer na te denken over de verschillende aspecten in hun psychische gezondheid. Een van de belangrijkste voordelen voor veel deelnemers was het aanleren van een herstelgerichte aanpak. Men beschrijft dit als een nieuwe en andere manier van kijken naar hun leven. Participanten rapporteerden een daling van angsten en paniekaanvallen en een verhoogde herkenning van hun persoonlijke triggers naar een mindere

psychische toestand. De voldoening bleek evident bij het vinden van nieuwe bruikbare methoden in stressvolle situaties. Sommige respondenten gaven aan dat WRAP in groep nóg meer steun geeft en minder intens is in vergelijking met individuele WRAP (een op een). Men vermeldde een verhoging van zelfvertrouwen, het gevoel dat men niet alleen staat en het verminderen van stigma. Er is in dit onderzoek ook sprake van enkele beperkingen. De steekproefomvang was relatief klein, dus dienen de beperkte kwantitatieve resultaten met enige voorzichtigheid weergegeven worden, hoewel er zeer weinig aanwijzingen zijn voor negatieve gevolgen. De schijnbaar positieve impact van WRAP in het kader van de wederzijdse steungroepen geeft aan dat het ernstig moet genomen worden als een unieke en waardevolle optie voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid. De resultaten van dit onderzoek geven aan dat WRAP de potentie heeft om een unieke en nuttige benadering te bieden en het ook een belangrijke rol kan spelen in de toekomst bij de geestelijke gezondheidszorg.

5.4.5 Participant Satisfaction with Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (Wilson e.a., 2013)

De doeltreffendheid van het herstel programma is vaak gebaseerd op symptomen vermindering en verminderd herval. Het is echter essentieel om rekening te houden met de perspectieven en de patiënttevredenheid. Door dit toe te passen gaan de inspanningen om de ggz te verbeteren, meer relevant zijn naar de verwachtingen en dus kan dit ook geïmplementeerd worden in andere programma's. Een studie werd toegepast bij een enquête onderzoek m.b.t. tevredenheid van de cliënt. Men gebruikte ook een kwalitatieve benadering om de perspectieven te bekijken bij specifieke cliënten m.b.t. tevredenheid en ontevredenheid in het WRAP programma. De setting was een geestelijke gezondheidsfaciliteit in East Tennessee dat WRAP gebruikt en waar de ervaringsdeskundigen de opleiding van WRAP reeds kregen. Iedere deelnemer was tenminste reeds een maand betrokken bij WRAP. Personen werden niet bij het onderzoek betrokken als ze op het moment van de afname in een crisissituatie zaten en/of niet in staat waren om de vragen te beantwoorden m.b.t. de deelnemerstevredenheid. Er werd nadien een privé ruimte

beschikbaar gesteld voor een individueel, 15 tot 45 minuten durend interview met de onderzoeker. Een vijf-punten Likertschaal werd gebruikt met een score van 1 (helemaal mee eens) tot 5 (helemaal niet mee eens). Bij elke vraag kreeg men ook de mogelijkheid te antwoorden met 'niet van toepassing'. Het onderzoeksteam stelde ook een aantal open vragen op, zoals "Welke aspecten van WRAP zijn het meest gunstig voor U?" Of "Hebt U het gevoel dat een deel van uw WRAP training niet nuttig was in uw herstel? Zo ja, welke?" "Vond je de info die je hebt geleerd bij WRAP nuttig om uw weg naar herstel te vinden? Zo ja, waarom? Zo niet, waarom niet?" "Welke suggesties heb je voor het verbeteren van WRAP?". Zowel de tevredenheid als de ontevredenheid werd bevraagd. Met behulp van een correlatie analyse vond men dat een aantal variabelen significant geassocieerd waren. Uit dit onderzoek bleek dat er bij alle onderzoeksvragen een duidelijke correlatie werd aangetoond tussen de WRAP enerzijds en de patiëntautonomie, hulpverlening en het aantal deelnames anderzijds. De resultaten suggereerden eveneens dat alle samengestelde variabelen konden bijdragen tot patiënttevredenheid. Vier grote thema's die bijdragen tot het verbeteren van de mentale gezondheid konden uit de interviewdata inductief afgeleid worden :

- 1) Retrospectief verlangen naar WRAP.
- 2) Pay it forward / geef het door (dit betekent het verlenen van een gunst aan elkaar zonder dat er hier geld voor wordt gevraagd. Deze gunst kan groot of klein zijn en in alle mogelijke vormen gegeven worden)
- 3) Een onvoorwaardelijke relationele ondersteuning beschrijft de nood voor steun, of het nu van familie, vrienden, peer-facilitators of mede cliënten komt.
- 4) Het thema, 'het kost tijd', toont de acceptatie dat het herstel niet op een dag gebeurt, maar het is een bewust proces dat men iedere dag moet doorstaan.

Alle deelnemers gaven aan dat alle delen van WRAP nuttig waren voor hun herstel. Dit was het eerste wetenschappelijk onderzoek naar het resultaat van de patiënttevredenheid bij WRAP. De bevindingen suggereren dat het gebruik van WRAP kan bijdragen tot meer zelfbewustzijn bij het omgaan met sociaal / maatschappelijke vraagstukken. Wanneer een patiënt-georiënteerd programma de vier geïdentificeerde thema's omvat, kan WRAP helpen in het herkennen van triggers van geestelijke nood en het identificeren van gezonde coping-mechanismen. Dit onderzoek werd gelimiteerd door de beperking tot één

kliniek. De te kleine steekproef was eveneens een beperking bij het onderzoek. Men heeft bij dit onderzoek het belang van de beoordeling van patiënttevredenheid vanuit het perspectief van de patiënt versterkt.

5.4.6 Conclusie

De bevindingen van voorgaande onderzoeken bewijzen de positieve impact van WRAP op herstel bij een ernstige geestesziekte en demonstreren verder de longitudinale effectiviteit van deze interventie terwijl die toch onderworpen blijven aan strenge voorwaarden. Resultaten van de analyses tonen aan dat deelname aan WRAP verminderde symptomen van depressie en angst geeft en een ruime verbetering in het ervaren van herstel. Dankzij WRAP neemt ook hoop en de levenskwaliteit toe en wint de patiënt veel meer aan assertiviteit, wat herstel vergemakkelijkt en een hogere kwaliteit van leven bevordert. Aangezien WRAP ondersteund wordt door wederkerigheid en empathie en niet door een professioneel toegepaste behandeling of therapie, kan het een heel interessante bijdrage leveren met het oog op het bereiken van zelfregie. Het is eveneens belangrijk voor de participanten dat men ondersteund wordt door eerdere deelnemers. Men wordt geïnspireerd om steeds opnieuw te streven naar herstel door het vertellen van hun eigen verhaal en op die manier creëert men de mogelijkheid om ook het leven van iemand anders te veranderen in positieve zin.

5.5 CONCLUSIE

5.5.1 Sterke punten:

WRAP heeft de potentie om een unieke en nuttige benadering te bieden en het kan ook een belangrijke rol spelen in de toekomst van de ggz. Het is wetenschappelijk aangetoond dat cliënten veel meer opkomen voor zichzelf na een volledige WRAP-training. De ervaringsdeskundigen kunnen voorbeelden geven vanuit hun eigen ervaringen. Vermoedelijk helpt het aangezien men zich,

als facilitator, open en kwetsbaar kan opstellen naar de groep toe. Cliënten leren dat men ook steun mag vragen en verdrietig mag zijn. De ervaringsdeskundige biedt als facilitator veel herkenning en gelijkwaardigheid, wat voor cliënten de drempel verlaagt om open te zijn over hun situatie. Ook ervaringsdeskundigen hebben een periode van herstel meegemaakt, en hebben trouwens ook hun eigen WRAP gemaakt. Er kan hierbij aan toegevoegd worden dat de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen hoop geeft. Cliënten worden gestimuleerd om hun eigen verhaal te vertellen. Ook het groepsgevoel speelt een belangrijke rol. Het creëert een veilig gevoel door de openheid van de facilitators en lotgenoten. De groep bestaat uit gelijkgestemden en de verhalen zijn voor iedereen herkenbaar. Het uitgangspunt bij WRAP is dat wat goed gaat, niet de diagnose en bijhorende problemen. Dit is een positieve insteek omdat cliënten vermoedelijk eerder letten op de dingen die minder goed gaan dan de dingen die wel goed gaan. Er wordt niet gekeken naar de diagnose maar naar het welzijn. WRAP legt, in tegenstelling tot de reguliere aanpak, het accent op de gezonde kanten. Cliënten krijgen veel meer zelfvertrouwen, weten na het maken van een eigen WRAP training veel beter welke hulpmiddelen men kan inschakelen en worden meer gericht op hoe men voor zichzelf kan zorgen. Men let meer op de kleine, dagelijkse dingen die het verschil kunnen maken. Ook wordt aangeleerd om alert te blijven en op tijd in te grijpen als het mis dreigt te gaan. Bovenal draagt de cliënt zelf de verantwoordelijkheid en voert ook de regie. Daar wordt in WRAP zeker de nadruk op gelegd.

5.5.2 Verbeterpunten.

Een WRAP training lijkt intens. Heel veel informatie moet in relatief korte tijd worden overgebracht. In het interview kon ervaringsdeskundige en WRAP facilitator Luc ook beamen dat 'de ene groep de andere niet is'. WRAP kan (en zal) verandering teweegbrengen, maar verandering betekent tijd. Er wordt ook aangegeven dat mensen het een tweede keer willen volgen, omdat het eigenlijk heel interessant lijkt, maar men heeft nog niet alles beet. WRAP lijkt het best aan te sluiten bij mensen die al bepaalde stappen richting herstel hebben gezet. Iemand moet (al redelijk) stabiel genoeg zijn, niet midden in een psychose zitten en op zijn minst een beetje ziekte-inzicht hebben. Cliënten moeten echt

wel de wil hebben om hun situatie te veranderen. Als die wil er niet is dan werkt het niet. Ook de dingen omzetten van hoe men voor zichzelf kan zorgen, 'ik ben verantwoordelijk en moet zorgen voor mijn welbevinden', gebeurt niet altijd automatisch, maar vraagt vaak veel tijd en wilskracht. Het maken van een crisisplan lijkt een moeilijke materie. Maar het oogt als één van de belangrijkste onderdelen van WRAP. Wat als sommige hulpverleners geen meerwaarde zien van WRAP boven het reguliere crisisplan? Of wat als de hulpverleners zélf gaan beslissen dat hun cliënt een WRAP-training moet volgen, terwijl die beslissing bij de cliënt zelf moet liggen? Is het voor de traditionele hulpverlener een evidentie om de zorg te lossen en bij de ervaringsdeskundige en de cliënt te laten?

Discussie

De oorspronkelijke vraag “*kan men herstelgericht werken in een residentiële setting?*” heeft geleid tot een sterk uiteenlopend literatuuronderzoek. Een ROPI meting, die in functie van deze bachelorproef plaats vond, leidde aanvankelijk tot een hoopgevend resultaat op een dienst voor middelenverslaving en persoonlijkheidsproblematiek. Maar misschien was dit wel een momentopname? Het is ook best mogelijk dat de cliënten en collega’s gewoon sociaal wenselijk antwoordden (response bias) of misschien waren de leidinggevendenden net iets té optimistisch? Of misschien was ikzelf als interviewer net iets te toegeeflijk bij de ingediende scores op de eigen werkvloer? Deze literatuurstudie over herstel op een acute dienst binnen een psychiatrisch ziekenhuis is absoluut niet volledig. Omdat er heel vaak gekeken wordt op een specifieke dienst met een specifiek therapeutisch kader, namelijk de dialectische gedragstherapie van Marsha Linehan, kunnen deze bevindingen zeker niet veralgemeend worden voor alle acute diensten binnen een psychiatrisch ziekenhuis. Ook leidde een uitgebreid interview met een ervaringsdeskundige tot heel veel hoop voor zowel hulpverleners als hulpvragers die oprecht goede bedoelingen hebben naar herstelgerichte zorg. De WRAP-methodiek manifesteert zich als bijzonder nuttig in een herstelondersteunend klimaat. Maar er zijn grenzen aan de inzetbaarheid van de ervaringswerkers. Waarom zou een ervaringsdeskundige niet inzetbaar kunnen zijn bij het teamoverleg, bij de intervisie of als aanspreekpunt van het multidisciplinair team? Dit lijkt toch een vraag die zich stilaan begint op te dringen bij alle teamleden die de residentiële zorg herstelgericht willen maken? Maar men moet anderzijds heel goed beseffen dat ervaringsdeskundigen mensen zijn met mogelijk een blijvende kwetsbaarheid. Een mogelijk herval is hierdoor zeker niet ondenkbaar. Wat als een expert-ervaringsdeskundige plots hervalt en opnieuw cliënt wordt? Vanuit de herstell filosofie lijkt het antwoord hierop duidelijk: als zorgverlener tot het uiterste gaan om de cliënt te ondersteunen bij diens herstel. Dit lijkt echter enkel haalbaar bij een volledige implementatie van herstelgerichte zorg.

Conclusie

Herstel betekent dat iemand in staat is om zijn eigen regie over het leven weer in de hand te nemen en te houden. Bij voorkeur wordt hierbij hulp geboden door het eigen netwerk. Daarbovenop kan professionele hulp geboden worden door ervaringsdeskundigen en hulpverleners die ook een opleiding kregen of getraind zijn in het herstel-ondersteunend hulpverleners. Belangrijk hierbij is dat zij hoop en vertrouwen uitstralen, over heel veel empathie beschikken, naar het echte levensverhaal kunnen luisteren en dat zij de kracht van de cliënt zien en ook helpen deze kracht te benutten. Pas wanneer op alle niveaus in de organisatie de herstelvisie gehanteerd wordt kan men spreken over herstel. In deze thesis krijgt het profiel van de klassieke hulpverlener meteen een tikje, want die ontnemt hoop of denkt te veel voor zijn patiënten in plaats van hen uit te dagen zelf te denken (empowerment!). In tegenstelling tot de traditionele hulpverlening wordt omschreven hoe men ook herstel-bevorderend kan werken. Het gewenste profiel, of anders gezegd een aantal belangrijke competenties van de hulpverlener worden aangehaald. Er werden een aantal interessante onderdelen in de herstelgerichte zorg aangehaald. Wat het spanningsveld tussen herstelgericht werken en een residentiële behandeling betreft - het is vanzelfsprekend dat daar een spanningsveld zit - dit wordt voorgesteld vanuit persoonlijke bevindingen. Wanneer men gaat kijken naar de toepasbaarheid van herstelgerichte zorg op Da Capo, een (open en gesloten) opnamedienst voor middelenverslaving en persoonlijkheidsproblematiek wordt men al vrij snel geconfronteerd met een aantal belemmeringen. Bovendien, door het op de afdeling gehanteerde therapeutisch kader, namelijk DGT en de daaraan verbonden principes en kenmerken wordt het herstel vaak bemoeilijkt. De kennis over wat herstel-bevorderend werkt komt vanuit verhalen en ervaring van cliënten. Men kan besluiten dat de inzet van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid essentieel is in de overgang van klassieke naar herstel-ondersteunende zorg. Het biedt een andere deskundigheid, niet gericht op genezing of verzorging, maar gericht op herstel en empowerment. Men kon ook aantonen dat participanten hoopvoller werden naar hun herstel en dat er een stijging kwam in hun levenskwaliteit, na het

volgen van een zes maand durend WRAP- programma. Vergelijkingen tonen significante verbeteringen aan in psychiatrische symptomen, terwijl niet-significante wijzigingen optraden in de vergelijkingsgroep. Voor het succesvol implementeren van WRAP lijkt een goede samenwerking tussen ervaringsdeskundigen en reguliere professionals van groot belang. De WRAP-methodiek maakt mensen er bewust van wat wel en wat niet werkt, en helpt cliënten zelf regie te voeren over hun eigen herstel. Kortom: WRAP heeft de potentie om een unieke en nuttige benadering te bieden en kan een belangrijke rol spelen in de toekomst van de ggz.

Referentielijst

- Becher, K. (2014). Het inschakelen van ervaringsdeskundigen in de GGZ - provincie Antwerpen. Resultaten van de consultatieronde. Antwerpen.
- Boertien, D. (2013). WRAP Werkblad beschrijving en interventie. kenniscentrum Phrenos - Trimbos instituut. Geraadpleegd van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/e3b78349-e729-402f-bd15-044f37247ab7.pdf>
- Boumans, J. (2012). Naar het hart van empowerment Deel 2 Over de vraag wat werkt. Geraadpleegd van [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Naar-het-hart-van-empowerment-deel-2%20\[MOV-8063581-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Naar-het-hart-van-empowerment-deel-2%20[MOV-8063581-1.0].pdf)
- Bovenberg, F., Wilrycx, G., Bähler, M., & Francken, G. (2011). INZETTEN VAN ERVARINGSDESKUNDIGHEID: Pleidooi voor meer ervaringsdeskundigen op topfuncties.
- Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, ... Boyd S. (2012). A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. *Psychiatric Services*, 63(6), 541–547 7p. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201100125>
- Deproost, E. (2014). PSYCHIATRISCHE EN GGZ VERPLEEGKUNDE IN TIJDEN VAN HERSTEL : MET HART EN ZIEL SAMEN WERKEN AAN ZELF-HERSTEL. Geraadpleegd van <http://nvkvv.be/file?fle=695452&ssn=30c882ae9ddc0413c97882528de7bdc0da54e813>
- Deproost, E., & Verkest, A. (2014, september). De verpleegkundige – patiënt relatie: met hart en ziel samenwerken aan het zelf-herstel. Geraadpleegd van http://www.ggzcongres.be/media/docs/ggzcongres/2014/Keynote%20en%20uitge-nodigd/ggzcongres2014_u01_deproostverkest.pdf

- Fukui S, Starnino VR, Susana M, Davidson LJ, Cook K, Rapp CA, & Gowdy EA. (2011). Effect of wellness recovery action plan (wrap) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(3), 214–222 9p. <http://doi.org/10.2975/34.3.2011.214.222>
- Jessica A. Jonikas. (z.d.). Improving Propensity for Patient Self-Advocacy Through WRAP: Results of a randomi controlled trialzed.
- Jones, N., Corrigan, P. W., James, D., Parker, J., & Larson, N. (2013). Peer Support, Self-Determination, and Treatment Engagement: A Qualitative Investigation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 209–214 6p. <http://doi.org/10.1037/prj0000008>
- KBS. (2015, mei). HERSTEL: DE KRACHT VAN PSYCHISCHE KWETSBAARHEID. Koning Boudewijn Stichting.
- Keuch, K. C., Neckheim, T., Riemersma, M., Geurts, A., Raëdecker, T., Oude Bos, J., ... Höfelt, N. (2016, februari). Herstelondersteunende Zorg: Opmaak 0 nummer 19. Redactie Nul-nummer p/a Cliëntenraad Arkin Postbus 75848 1070 AV Amsterdam E: nulnummer@jellinek.nl. Geraadpleegd van www.jellinek.nl/clientenraad
- Kole, M., Beenackers, M., & Berndsen, J. (2013, januari). De herstel special: De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet? ggz Nederland. Geraadpleegd van http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_948983.pdf
- Levano, M. (2009). Tien clichés over ervaringsdeskundigheid. Geraadpleegd van <http://www.ervaringswijzer.nl/vragen/10/Tienclichsoverervaringsdeskundigheid1.pdf>
- Linehan, M. M. (1993). Linehan, M. M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders*. Geraadpleegd van <https://books.google.be/books?hl=en&lr=&id=UZim3OAPwe8C&oi=fnd&pg=PA3&d>

q=Linehan,+M.M.+(1993a).+Cognitive-
Behavioral+Treatment+of+Borderline+Personality+&ots=qBUA2sYpA5&sig=rgDFgKz
d32KZoMq8vI7184-
jeuA&redir_esc=y#v=onepage&q=Linehan%2C%20M.M.%20(1993a).%20Cognitive-
Behavioral%20Treatment%20of%20Borderline%20Personality&f=false

Nijnens, K., Van Rooijen, S., & Hendriksen-Favier, A. (2012). Handreiking voor de
implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz. Trimbos instituut.
Geraadpleegd van

[https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/handreiking%20implemen
tatie%20herstelondersteunende%20zorg%20\[MOV-1619573-0.2\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/handreiking%20implementatie%20herstelondersteunende%20zorg%20[MOV-1619573-0.2].pdf)

Oude Bos, J., & drs. Rutten, R. (2010, maart). Handvest Maastricht. Geraadpleegd van
www.ggznederland.nl www.hetzwartegat.info

Pannecoucke, I., Verstraete, J., Meeus, B., & De Decker, P. (2014a, mei). Het verlaten van
een instelling in Vlaanderen: Verkennend onderzoek naar de woonpaden van
kwetsbare groepen die een instelling verlaten. Luca. Geraadpleegd van
[http://steunpuntwonen.be/Documenten/Onderzoek_Werkpakketten/zkc4494-
wp3-uitstroom-instellingen-eind.pdf](http://steunpuntwonen.be/Documenten/Onderzoek_Werkpakketten/zkc4494-wp3-uitstroom-instellingen-eind.pdf)

Pannecoucke, I., Verstraete, J., Meeus, B., & De Decker, P. (2014b). Het verlaten van een
instelling in Vlaanderen: Verkennend onderzoek naar de woonpaden van kwetsbare
groepen die een instelling verlaten.

Pratt, R., MacGregor, A., Reid, S., & Given, L. (2013). Experience of wellness recovery action
planning in self-help and mutual support groups for people with lived experience of
mental health difficulties. *The scientific world journal*, 2013, 180587–180587.
<http://doi.org/10.1155/2013/180587>

Smith-Merry, J., Freeman, R., & Sturdy, S. (2011). Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *International Journal of Mental Health Systems*, 5, 11–11. <http://doi.org/10.1186/1752-4458-5-11>

Stel, van der. (2012). Stel, J. C. (2012). Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Boom Lemma uitgevers. Boom / Lemma. Geraadpleegd van <https://www.boomhogeronderwijs.nl/kernproduct/119/Focus-op-persoonlijk-herstel-bij-psychische-problemen>

Van Audenhove, C. (2013). Empowerment: een belangrijk begrip in de zorg. Geraadpleegd van <http://ceder.cdenv.be/sites/default/files/cdr-jg2-nr1-vanaudenhove.pdf>

van den Bosch, W. (2005). De borderline persoonlijkheidsstoornis: emotie, cognities en preoccupaties. Geraadpleegd van http://download.springer.com/static/pdf/440/art%253A10.1007%252FBF03060379.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2FBF03060379&token2=exp=1458230269~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F440%2Fart%25253A10.1007%25252FBF03060379.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252FBF03060379*~hmac=93f162f6932f0aa89e7a77f59b24404c659bdbad6ee30f72dfd80a8f84dc8744

Werkgroep Ervaringsinzet en Participatie (WEP). (2012). Geraadpleegd van <http://www.hieronymus.be/patienten-familie/wep/werkgroepinzichtherstelverhalen/>

Wilson, J. M., Hutson, S. P., & Holston, E. C. (2013). Participant Satisfaction with Wellness Recovery Action Plan (WRAP). *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), 846–854 9p. <http://doi.org/10.3109/01612840.2013.831505>

Bijlagen

1) Handvest van Maastricht:

<http://www.vrijplaatsbrijder.nl/handvest-van-maastricht/>

Ervaringsdeskundigheid in de ggz is een hot item, en de verslavingszorg doet daar vaak aan mee. In 2010 werd het Handvest Maastricht opgesteld, waarin onder andere betaalde ervaringsdeskundigheid een speerpunt was. (Oude Bos & drs. Rutten, 2010)

De volgende afspraken werden gemaakt:

- Herstel wordt leidend in de verslavingszorg, gericht op het bevorderen van maatschappelijk herstel en kwaliteit van leven
- Ervaringsdeskundigheid wordt erkend als derde kennisbron, naast wetenschappelijke en professionele kennis
- De nieuwe concepten worden in proeftuinen uitgetoetst en bij succes geïmplementeerd

Afgelopen jaar werd Dhr. Nico Hopman, bestuurslid bij Herstelgroep Nederland en voorzitter van de vakvereniging voor Ervaringswerkers, aangesteld om op inspectie te gaan langs de reguliere instellingen, om te kijken wat er van de afspraken terecht is gekomen. Het resultaat was volgens Hopman belabberd, het enige lichtpuntje was dat de meesten nog wel achter het Handvest staan, maar er was voor de rest nog niet veel veranderd. Ervaringsdeskundigen hebben zich nog niet tot een volwassen beroepsgroep kunnen ontwikkelen, er bestaat geen formele erkenning en de groep ziet zich nog niet als geëmancipeerd. Uit het rapport van Hopman is af te leiden dat veel instellingen last hebben van formele belemmeringen, bezuinigingen of reorganisaties.

Wat is er in vijf jaar terecht gekomen van het Handvest van Maastricht? Een terugblik.

In 2008 werden de bestuursleden van de verslavingszorg, aangesloten bij GGZ Nederland, door de cliëntenraden uitgenodigd. De uitnodiging van de bestuursleden had als doel de bestuurders te laten zien dat de cliëntenraden waren uitgegroeid tot een volwaardige gesprekspartner en de tijd rijp was om dit te bekrachtigen met een ernstige overeenkomst, in de sector beter bekend als het 'Handvest van Maastricht'. De cliëntenraden in de sector verslavingszorg verenigden zich en richtten in hetzelfde weekend de Stichting 'Het Zwarte Gat' op. Naast het feit dat het voor de bestuurders zeer bijzonder was 'hun' cliëntenraden zo aan het werk te zien, voelden zij zich overrompeld door het gepresenteerde Handvest en weigerde men het Handvest ter plaatse te ondertekenen. Men had nog een paar kleine aanmerkingen op het Handvest, vandaar dat men tijd vroeg om het te bestuderen. Die tijd heeft men ruim genomen. Pas in mei 2010 werd het Handvest ondertekend, overigens niet zonder slag of stoot, in bijzijn van de voorzitter van GGZ Nederland,. (Keuch e.a., 2016) (Oude Bos & drs. Rutten, 2010)

Wat is er sinds die tijd gebeurd in de uitvoering van het Handvest?

De ondertekening van het Handvest bracht bij de cliëntenraden veel enthousiasme teweeg en men wilde dit binnen hun instelling gaan implementeren. Helaas heeft men moeten concluderen dat dit maar mondjesmaat is gelukt. Sommige instellingen namen het gedeeltelijk serieus door wel ervaringsdeskundigheid te formaliseren, maar deden veel te weinig om Herstel het leidend principe te laten zijn. Hopman kreeg de opdracht om te onderzoeken wat er terecht is gekomen van de uitvoering van het Handvest en het ontwikkelde GGZ visiedocument: 'Verslavingszorg, focus op preventie en herstel'. Het rapport dat hij op 29 september 2015 presenteerde werd alweer een schrijnende vertoning. Er was een bijzonder matige opkomst, zowel uit de hoek van het bestuur als de cliëntenraden. Dit gaf al aan dat men het Handvest en het eigen visiedocument minder serieus had genomen dan de belofte er alles aan te zullen doen het tot een succes te laten worden. Ook de cliëntenraden hadden het laten afweten. Als excuus werden de reorganisaties opgevoerd en andere werkzaamheden die

prioriteit kregen. De druk op het Handvest werd naar verluidt weer belangrijk toen de zorgverzekeraars er een punt van begonnen te maken. Men vond de inzet van ervaringsdeskundigheid belangrijk en men vond dat de instellingen Herstel ondersteunende zorg moesten gaan verlenen. Hoe en wat, dat is tot op de dag van vandaag niet duidelijk. Vanuit de professionals en de zorgverzekeraars is er geen duidelijke visie. Het is steeds de cliëntenbeweging die het voortouw moet nemen, maar als puntje bij paaltje komt blijft het bijzonder lastig om het goed uitvoerbaar te maken. In december 2015 heeft men bij de stichting beslist dat er een tweede handvest moet komen. Hopelijk deze keer zonder het geklungel als de afgelopen zeven jaar. (Keuch e.a., 2016)

2) Een volledige WRAP-training:

Sessie 1: "De gereedheidskoffer voor een goed gevoel"

1) Wat zit er in jouw koffer? (inventariseren en verzamelen van al het gereedschap voor een goed gevoel) Iets wat je al in jouw bezit hebt of iets wat je zou willen krijgen

2) Wat is gereedschap voor een goed gevoel? (= alle dingen die kunnen helpen om een goed of beter gevoel te krijgen en die gezond en veilig zijn)

- Misschien heb je het zelf ontdekt
- Of je hebt ervan gehoord van anderen
- Of je hebt ze geleerd in therapie

De beste gereedschappen zijn meestal simpel, veilig, goedkoop en gemakkelijk toe te passen.

3) Wat wil je ermee doen? (gereedschap kan op algemene doelen gericht zijn zoals je goed of beter voelen. Maar er kunnen ook specifieke doelen gekozen worden)

4) Maak je eigen gereedschap:

- Maak een lijst van alle gereedschap dat je hiervoor kan bedenken:
 - Wat je zelf hebt uitprobeerde?
 - Waarvan je gehoord hebt dat het mogelijk goed kan werken
- Vraag adviezen aan mensen uit je steunsysteem of brainstorm in groep.

5) Voorbeelden: goed gereedschap voor veel mensen

- Steun van anderen, telefoontje doen
- (Alternatieve) gezondheidszorg
- Contact en ondersteuning van lotgenoten
- Oefeningen om te focussen, meditatie
- Technieken voor stressvermindering
- Gedachten en gevoelens afleiden, een activiteit gaan doen met vrienden, ...
- Voeding en dieet
- Oefeningen voor beweging
- Wandelen met de hond
- Powernaps doen, goed slapen
- Je dagelijkse leven aanpassen
- Je zelf veilig stellen
- Dagelijkse planning
- Spirituele overtuigingen
- Bloemen kopen
- Orde in de medicatiedoos houden
- Tekenen, schilderen, ...

6) We vullen een voorbeeld koffer

7) WRAP en de actieplannen

Naast de koffer voor een goed gevoel bestaat de WRAP uit actieplannen om je zo goed mogelijk te (blijven) voelen. Deze actieplannen zijn gebaseerd op het toepassen van het gereedschap uit de koffer voor een goed gevoel. Het is een levend document dat je steeds bijstelt naar aanleiding van veranderingen of je conclusies op grond van je ervaringen met wat jou helpt.

Sessie 2: Plan voor een dagelijks onderhoud

Drie delen:

- Hoe ben ik als ik mij goed voel?
- Wat moet ik dagelijks doen om mij goed te blijven voelen?
- Wat moet ik op geregelde tijdstippen doen om mij goed te blijven voelen?

Sessie 3: Triggers en actieplannen

1) Wat zijn triggers?

- Gebeurtenissen of omstandigheden die van buitenaf je gevoel van welbevinden aantasten.
- En die zich steeds opnieuw (kunnen) voordoen
- Mensen of zaken die maken dat je je ongemakkelijk, slecht of ziek gaat voelen.
- Het zijn geen bewijzen dat je psychisch niet in orde bent of dat je een terugval hebt.
- Het zijn heel vervelende reacties op een vervelende situatie.

2) Leer je triggers herkennen: We maken een lijst van alle dingen en situaties waarvan we ons ongemakkelijk zijn gaan voelen en die vaker terugkomen.

Voorbeelden:

- Problemen op het werk
- Ruzie met een collega
- Als je iets vraagt maar het wordt geweigerd
- Een datum waarop je iemand verloren hebt
- Een datum die je aan een ander trauma herinnert
- Je buitengesloten voelen
- Een familiebijeenkomst
- ...

3) Actieplan tegen triggers

- Een strategie ontwikkelen om beter met triggers om te gaan
- Dit helpt om meer controle te krijgen over jezelf en over wat er om je heen gebeurt.
- Mogelijk kun je ermee voorkomen dat je in een crisis geraakt

Sessie 4: Vroege waarschuwingstekens en actieplannen

Vroege waarschuwingstekens zijn interne signalen dat er iets niet helemaal goed gaat.

- Het kunnen subtiele tekens zijn dat je actie moet ondernemen.
- Dit hoeft niks te maken hebben met gebeurtenissen of personen om je heen (hoewel dit soms zo lijkt)

1) Wat zijn jouw vroege waarschuwingstekens? We maken een lijst van signalen die we doorgaans voelen en die erop wijzen dat het minder goed gaat...

- Mogelijk word je je van deze vroege tekens pas bewust als je hier vaker mee oefent.
- Begin dus met het opschrijven van alle signalen waarvan je je nu bewust bent.
- Sommige signalen verwijzen naar een ziekte of verschijnsel waarvan je kennis hebt, soms is het alleen een teken dat je minder lekker in je vel zit.

2) Voorbeelden:

- Vergeetachtigheid of nervositeit
- Weinig plezier in dingen
- Niet mijn dagelijks onderhoud doen
- Anderen vermijden
- Geen gevoel in mijn lichaam
- Geen verbinding met mezelf
- Geïrriteerd en kort reageren
- Geobsedeerd zijn met iets
- Vreemde gedachtenpatronen herkennen

Sessie 5: Als het dreigt te ontsporen... Signalen van ontsporing en actieplannen

1) Wat betekent: als het dreigt te ontsporen?

- In deze situatie is het onmiskenbaar dat er serieus iets mis dreigt te gaan en dat de situatie mogelijk zelfs gevaarlijk is.
- Maar: jij kunt nog steeds zelf iets doen voor jezelf om het tij te keren.
- Het is echt belangrijk dat je onmiddellijk ingrijpt en daarmee mogelijk een crisis kunt voorkomen.

2) Hoe maak je voor jezelf een actieplan?

- Voor iedereen kunnen de tekens anders zijn. Wat voor de één een vroege waarschuwing is, is voor de ander een signaal van ontsporing.
- Het is belangrijk om strategieën te ontwikkelen, zodat je snel en effectief kan ingrijpen als je deze tekens bij jezelf herkent.

Sessie 6: Crisiplan

- Een crisisplan is bedoeld om te gebruiken in een situatie waarin:
 - Je niet meer voor jezelf kan zorgen of waar je minder of geen controle meer hebt,...
 - en... toch de regie wilt houden en wil zorgen dat er gebeurt wat jij wil.
 - Daarbij is hulp van anderen nodig
- Het is belangrijk om dit plan te maken als je je goed voelt en er de tijd voor kunt nemen.
- Gebruik je ervaringen met eerdere situaties als deze, ook als je denkt dat je het nooit meer nodig zal hebben.
- **Hoe ziet het crisisplan eruit?**
 - Dit gedeelte van het plan is gedeeltelijk anders dan de rest van de WRAP, vooral omdat je dit ook schrijft voor anderen en (dit deel) aan hen geeft
 - Zorg dat het goed te begrijpen is en spreek het zo nodig op voorhand met je ondersteuners door.

- **Negen onderdelen:**

- 1) Hoe zie ik eruit als ik me goed voel?
- 2) Wat zijn de signalen dat anderen iets van mij over moeten nemen?
- 3) Wie neemt wat over? (En wie helemaal niet?)
- 4) Informatie over bestaande hulpverleningscontacten en medicatie
- 5) Welke behandelingen zijn voor mij acceptabel en welke niet?
- 6) Plannen voor opvang buiten ggz
- 7) Welke opnameplekken zijn voor mij acceptabel en welke niet?
- 8) Lijst van wat anderen kunnen doen om te helpen en wat ze niet moeten doen
- 9) Teken dat het crisisplan niet meer nodig is en ik zelf weer zaken overneem

Sessie 7: Post-crisisplan

- **Waarom een post-crisisplan?**

- Als je er weer alleen voor staat kan het tegen vallen, kun je je weer onzeker voelen en zelfs weer signalen voelen die er lijken op te wijzen dat er een nieuwe crisis aan zit te komen.
- Veel mensen hebben dergelijke gevoelens na een crisis
- De onderdelen van een post-crisisplan kunnen misschien helpen om door deze periode heen te komen.
- Zo kun je een schema maken om geleidelijk je verantwoordelijkheden weer op te nemen.