



Over verstoorde levens

... en de kunst van het verplegen.

Dr. Berno van Meijel

Over verstoorde levens

... en de kunst van het verplegen.

Rede, uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt als lector
'Best-practice in de GGZ-verpleegkunde'
aan de Hogeschool INHOLLAND
te Alkmaar op 28 april 2004
door
Dr. Berno van Meijel

Inhoudsopgave

Geachte leden van het College van Bestuur,	5
Geachte toehoorders	
Twee werelden	7
De kunst van het verplegen	10
1. De therapeutische relatie	10
2. Effectief verpleegkundig handelen	12
3. Het potentiëren van andere disciplines	13
Het lectoraat 'Best-practice in de GGZ-verpleegkunde'	15
Tot besluit	22
References	24
Bijlage 1	30

Geachte leden van het College van Bestuur, Geachte toehoorders,

Wij gaan terug naar het jaar 1890. Drie artsen – te weten de heren Van Deventer, Ruysch en Tellegen – schreven een rapport voor de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie, getiteld ‘De verbetering van het verplegend personeel in de Nederlandsche Krankzinnigen-Gestichten’. In dit rapport komen zij tot de volgende conclusie:

‘Ziekenverpleging en dus ook de krankzinnigenverpleging is evenals alle menschelijke kennis, eene wetenschap en eene kunst, die slechts aan enkelen aangeboren is, maar die door de meesten moet worden geleerd. Onderwijs in de verpleging is dus voor iedereen, zoowel wereldlijk als geestelijk verpleger (verpleegster), volstrekt noodzakelijk. Toewijding, christelijke liefde en hoogere roeping, hoe verdienstelijk en onmisbaar ook, zijn niet voldoende’ (in Kramer 1990).

De roep om verbetering van het verpleegkundig personeel kwam niet uit de lucht vallen. In veel gestichten was het droevig gesteld met de professionele vaardigheden van het personeel en daarmee ook met het leefklimaat in deze inrichtingen. De genoemde artsen verzuchtten:

‘Steeds worden wij met weemoed vervuld, wanneer wij, het hoofdstuk personeel opslaande, daar lezen hoe groot de mutatiën waren, hoe velen wegens ongeschiktheid moesten worden weggezonden, en hoe velen moesten worden in dienst gehouden, die eigenlijk niet voor hunne taak berekend waren, omdat er alle kans bestond, dat de op-volger niet beter zoude zijn dan de ontslagene’.

Wij zijn nu ruim een eeuw verder. De psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg van nu zijn in weinig opzichten vergelijkbaar met die van toen. De psychiatrie was vooral ge-durende de eerste helft van de 20ste eeuw nog onmachtig tot het uitvoeren van effectieve behandelingen. Dit leidde tot veel experimenten en praktijken die nauwelijks of geen theoretische of empirische onderbouwing kenden: de koortstherapie, de slaapkuur, hersenoperaties, de insuline-comatherapie, electroshocktherapie, koolzuurtherapie, badtherapie, bedtherapie, separatie, wikkelderapieën en medicamenteuze behandeling met middelen en doseringen die ons heden ten dage zeer primitief voorkomen (Boschma

2003, Kramer 1990, Shorter 1998). Vooral door de introductie van nieuwe psychofarmaca vanaf de vijftiger jaren van de vorige eeuw namen de behandelmogelijkheden van psychiatrische patiënten toe. Psychologen / gedragstherapeuten veroverden geleidelijk een plaats in de arena van de geestelijke gezondheidszorg en introduceerden met succes nieuwe behandelingen. Vaktherapeuten droegen op hun beurt bij aan een verdere differentiatie van behandelings- en begeleidingsmethoden. En verpleegkundigen maakten gedurende de 20^{ste} eeuw een gestaag proces van emancipatie en professionalisering door. Zij evolueerden van oppasser tot verpleegkundige (Hutschemaekers & Neijmeijer 1998, Leeuw *et al* 1997). Er ontstond een formele en gedifferentieerde structuur van verpleegkundige opleidingen. Verpleegkundigen claimden een eigen domein van expertise, een eigen plaats in de behandeling, en zij wisten zich vooral in het laatste kwart van de vorige eeuw meer en meer aan de dominantie van de medische macht te onttrekken. En het is van de laatste jaren dat verpleegkundigen in de Nederlandse GGZ meer nadruk leggen op de wetenschappelijke onderbouwing van hun professionele handelen. Een aantal van hen volgt universitaire studies en verricht onderzoek naar vraagstellingen die relevant zijn voor de GGZ-verpleegkunde. Verpleegkundig specialisten bestuderen deze wetenschappelijke kennis en voeren innovatieve projecten uit. En dit alles met het doel een hogere kwaliteit van zorg tot stand te brengen. Een dergelijke progressie hadden de heren Van Deventer, Ruysch en Tellegen in 1890 nooit kunnen vermoeden.

Twée werelden

De toename van effectieve behandelingsmogelijkheden in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg heeft geleid tot een groter behandeloptimisme.

Het sterkst zien we dit wel terug in het vakgebied van de biologische psychiatrie.

Binnen de wetenschapsgebieden van de moleculaire biologie, de moleculaire genetica en neurowetenschappen wordt momenteel spectaculaire vooruitgang geboekt (Andreasen 2001). De menselijke genen worden gedetailleerd in kaart gebracht en de relaties tussen genetische structuren en het ontstaan van psychiatrische ziekten worden onderzocht.

Er ontstaat steeds meer kennis over verstoringen in de neurotransmissiesystemen in de hersenen en de relatie met psychiatrische symptomen. De moderne beeldvormende technieken maken het mogelijk de structuur en het functioneren van de hersenen gedetailleerd te observeren en zo meer inzicht te verwerven in de werkingsmechanismen die ten grondslag liggen aan psychiatrische stoornissen. We leven in een tijd van 'high-tech psychiatry'. De neurowetenschappers zijn in de 'winning mood'. Andreasen (2001) spreekt over de grensverleggende ontdekkingen die wij de komende jaren nog mogen verwachten, de nieuwe wapens die zullen worden ontwikkeld in de strijd tegen de psy-chiatrische stoornissen en de definitieve overwinning die hierop zal volgen.

De precisie-bombardementen op de hersenen zullen steeds meer de massale bombardementen van het verleden vervangen. De verstoorde levens van mensen met een psychiatrische aandoening zullen drastisch veranderen door de successen die de biologische psychiatrie nog zal gaan boeken. Het is een kwestie van tijd, zo stelt zij.

Het optimisme van de neurowetenschappers wordt nogal eens met scepticisme bejegend. Zij worden soms beticht van overmoed die onvermijdelijk gevolgd zal worden door de val. Toch moeten we niet vergeten dat veel grensverleggende ontdekkingen uit het verleden ons voorstellingsvermogen aanvankelijk te boven gingen, maar nu tot de normaliteiten van ons bestaan zijn gaan behoren.

In ieder geval zal het zo zijn dat wanneer het optimisme bewaarheid wordt, dit ook voor de GGZ-verpleegkunde grote gevolgen zal hebben. Want hoe ziet de zorg voor bijvoorbeeld mensen met schizofrenie eruit, wanneer zij niet meer zo hevig geconfronteerd worden met de demoraliserende gevolgen van hun ziek-zijn, wanneer zij niet meer (of in ieder geval veel minder) gekweld worden door hun psychotische symptomen, wanneer crisissituaties tot een uitzondering behoren, wanneer zij niet meer lam gelegd worden door hun negatieve symptomen en wanneer hun sociale functioneren zo verbetert dat de afhankelijkheid van de verpleegkundige om het leven in enigszins goede banen te leiden fors vermindert?

De optimistische toekomstperspectieven worden enigszins getemperd door een aantal realiteiten van vandaag. Ondanks alle innovatieve ontwikkelingen binnen de biomedische wetenschappen, de gedragswetenschappen en de zorgwetenschappen, worden wij nu nog steeds geconfronteerd met een aantal serieuze problemen die onze aandacht vragen. De geestelijke gezondheidszorg in Nederland staat op een relatief hoog niveau, maar toch lijkt de basale zorg voor een deel van onze cliëntèle ernstig tekort te schieten. Onder meer vanuit de beroepsorganisaties van verpleegkundigen en verzorgenden - de AVVV- wordt met enige regelmaat de noodklok geluid over het proces van zorgverschraling dat plaatsvindt in de Nederlandse gezondheidszorg (AVVV 2004a). Verpleegkundigen stellen dat zij in een aantal situaties onvoldoende in staat zijn om zorg op een acceptabel niveau aan hun cliënten te bieden. Verpleegkundigen reageren hierop met het formuleren van criteria waaraan naar hun idee de zorg voor cliënten in de GGZ zou moeten voldoen (AVVV 2004b). Ook in het onderzoeksrapport 'Een keten van lege zondagen' (Van Wijngaarden *et al* 2001) worden grote tekorten in de zorg geconstateerd binnen de algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ). Een aantal conclusies: de meeste cliënten brengen hun dag door met vooral niets doen, zij maken nauwelijks gebruik van de voorzieningen van het APZ, zij hebben geen geld voor activiteiten buiten het APZ, hebben gemiddeld slechts 35 minuten per dag face-to-face-contact met hun behandelaar of begeleider en zij verblijven op afdelingen die maar zeer ten dele voldoen aan de eisen die gesteld mogen worden aan passende huisvesting en verblijf. En het is moeilijk om voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel aan te stellen en te behouden. We worden ook geconfronteerd met de keerzijde van de extramuralisering en de vermaatschappelijking: voor een deel van de 72.000 cliënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn is het nobele streven van zelfstandig burgerschap te hoog gegrepen. Zij vallen met de ontmanteling van de psychiatrische ziekenhuizen tussen de wal en het schip, zij vinden geen thuis in de samenleving, zij vereenzamen en verkommeren, raken uit het zicht van de gezondheidszorg en een toenemend aantal van hen zwerft over straat (Van de Beek & Van Zutem 2002). Naar schatting gaat het hier om 24.000 zeer kwetsbare mensen (Taskforce vermaatschappelijking GGZ 2002). We zien als reactie op de zorgverschraling een nieuw fenomeen opkomen – de verenzorg (Brunting & Zwanikken-Leenders 2004) – waarbij het erom gaat cliënten in de langdurige zorg dat te bieden wat wij voor onszelf zo belangrijk vinden, namelijk om op gegeven momenten iets extra's, iets plezierigs, aan ons leven toe te voegen wat ons de ervaring oplevert dat het leven de moeite waard is. Een goede basiszorg voor de psychiatrische cliënten die het meest kwetsbaar zijn is een belangrijk kwaliteitscriterium voor ons GGZ-stelsel. Aandacht voor de

kwaliteit van leven van mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg is een van de prioriteiten binnen het lectoraat. Twee studies zijn van start gegaan die de kwaliteit van leven van langdurig zorgafhankelijke cliënten als centraal onderwerp hebben (Korevaar 2004*, Megens 2004*)¹.

¹ Voor een overzicht van de projecten die in uitvoering zijn binnen het lectoraat 'Best Practice in de GGZ-verpleegkunde': zie bijlage 1. Verwijzingen naar dit overzicht zijn gemarkeerd met een *.

De kunst van het verplegen

In de titel van deze lezing wordt verwezen naar de kunst van het verplegen. Maar wat moeten we ons hierbij nu voorstellen? Wanneer we meer willen weten over wat psychiatrisch verplegen is (en wat er kunstig aan is), zouden we ons kunnen beroepen op een van de vele definities die we in de handboeken tegenkomen, zoals:

De psychiatrische verpleegkunde houdt zich bezig met de diagnose en behandeling van menselijke reacties op actuele en potentiële problemen op het gebied van de geestelijke gezondheid (American Nurses Association 1994).

Maar we blijven hiermee toch met het gevoel zitten niet de essentie van de verpleegkundige beroepsuitoefening gevat te hebben. Wellicht komen we verder wanneer we ons richten op een aantal essentiële aspecten van de psychiatrisch verpleegkundige beroepsuitoefening.

1. De therapeutische relatie

Laten we beginnen met het meest elementaire aspect, namelijk de relaties die verpleegkundigen met cliënten onderhouden. Het belang van een goede therapeutische relatie met de cliënt wordt algemeen onderschreven in de handboeken psychiatrische verpleegkunde (Grant & Hartman 1997, Hartman 1998, McFarland *et al* 1992, Speedy 1999, Townsend 1996). De interpersoonlijke relatie wordt wel gezien als het fundament waarop alle andere professionele activiteiten rusten (Peplau 1988). Een zwak fundament betekent een zwakke basis voor effectieve interventies. Deze stelling wordt ondersteund door een onderzoek van Frank en Gunderson (1990). In dit onderzoek kwam allereerst naar voren hoe moeizaam de totstandkoming van kwalitatief goede relaties tussen patiënten met schizofrenie en hulpverleners verliep. In slechts de helft van de gevallen kwam er een goede therapeutische relatie tot stand. De kwaliteit van de relatie was van invloed op de uitkomsten van de behandeling. Patiënten die een goede relatie hadden met hun hulpverlener maakten meer en beter gebruik van de behandelvoorzieningen, hun medicatietrouw lag hoger en het ziektebeloop was gunstiger.

Het lijkt zo voor de hand liggend: een goede therapeutische relatie zorgt ervoor dat de cliënt zich begrepen voelt, dat hij graag naar de verpleegkundige toekomt en dat hij bereid is iets voor de verpleegkundige te doen en van hem te aanvaarden (bijvoorbeeld

het opvolgen van adviezen over medicatie-inname). De verpleegkundige is bereid voor deze cliënt extra stappen te zetten, 'going the extra mile' (Grypdonck 1999). Er ontstaat zo een bondgenootschap tussen de cliënt en de verpleegkundige dat de potentie heeft zichzelf voortdurend te versterken.

Maar wat is nu de essentie van een goede therapeutische relatie? De basis ligt waarschijnlijk bij het vermogen van de verpleegkundige om aan te sluiten bij de beleavings-wereld van de cliënt, bij de noden zoals deze door de cliënt worden ervaren en bij de hulpvragen die hiermee samenhangen (van Meijel & Mauritz 2002). De verpleegkundige staat hierbij voor een niet geringe opgave. Hij of zij wordt geconfronteerd met het existentiële lijden van de cliënt, met zijn wanhoop om dat wat verloren is gegaan of dreigt te gaan, en met zijn strijd om te overleven (Mauritz *et al* 2001). De verpleegkundige wordt geconfronteerd met mensen die de strijd op willen geven, met mensen die gedrag vertonen dat wij als destructief typeren en met gedrag waarbij wel een zeer sterk appél wordt gedaan op het inlevings- en acceptatievermogen van de verpleegkundige.

Het vereist moed van de verpleegkundige om het lijden van de cliënt onder ogen te zien en om dit lijden een centrale plaats in de begeleiding te geven. Het vereist een hoog niveau van persoonlijke competentie om adequaat op het lijden van de cliënt te reageren. Er-zijn voor de cliënt, begrip hebben voor zijn lijden, principiële aanvaarding van gedrag dat soms zo moeilijk te begrijpen is, het stellen van grenzen op een zodanige wijze dat dit aanvaardbaar is voor de cliënt (ook al is deze acceptatie er pas in tweede instantie), het bieden van hoop voor de toekomst, dit zijn fundamentele aspecten die ondersteunend zijn voor de relatie. Hiervoor zijn veelal geen interventies (in de enge betekenis van het woord) beschikbaar. Het lijkt hier juist belangrijk om iedere vorm van psychotechnologie los te kunnen laten, oftewel 'de-skilling' (Barker 1999).

Binnen het lectoraat zal nader onderzocht worden welke beroepscompetenties essentieel zijn voor kwalitatief goede therapeutische allianties en vooral ook hoe deze tot ontwikkeling kunnen worden gebracht binnen de opleiding tot verpleegkundige (Klumpenaar 2004*).

2. Effectief verpleegkundig handelen

Professioneel handelen van verpleegkundigen veronderstelt dat zij weten wat zij doen, waarom zij het doen en dat zij de effecten van hun handelen evalueren. Dit zijn wij als verpleegkundigen aan onze stand verplicht. Verpleegkundigen vormen met ruim 15.000 personen de grootste beroepsgroep in de GGZ (Hutschemaekers & Neijmeijer 1998) en leveren voor een zeer aanzienlijk deel de dagelijkse zorg en begeleiding aan de cliënten in deze sector. Alleen al de omvang van de beroepsgroep is een goede reden om ervoor te zorgen dat de inzet van verpleegkundigen effectief en doelmatig is. Maar vooral voor de kwaliteit van de individuele patiëntenzorg is het belangrijk de best mogelijke zorg te bieden. Dit is geen zaak van vrijblijvendheid, wel van professionele plicht. De principes van op evidentie gebaseerde praktijkvoering – oftewel evidence-based practice - zijn oorspronkelijk uitgewerkt aan de McMaster Medical School in Canada en heeft Sackett en zijn collega's als belangrijke woordvoerders (Sackett *et al* 1996, Sackett *et al* 2000). De volgende omschrijving – ontleend aan Offringa *et al* (2003) – geeft een goede impressie van waar het over gaat:

Evidence-based practice is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele cliënten. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol.

Ik vermoei u met deze formele omschrijving om zij juist die ingrediënten bevat die voor de kennisontwikkeling en kennis-toepassing in de GGZ-verpleegkunde zo belangrijk zijn. Evidence-based practice heeft altijd betrekking op de professionele besluitvorming met betrekking tot individuele cliënten. Wetenschappelijke bewijzen uit eerder onderzoek kunnen zeer richtinggevend zijn, maar enkel dit wetenschappelijke bewijs is nooit voldoende om een besluit volledig te legitimeren. Wetenschappelijk onderzoek levert immers slechts zelden algemeen geldende wetten op, maar veeleer probabilistische uitspraken, die een kans weergeven dat een bepaald verschijnsel zich zal voordoen of dat een bepaald effect op zal treden ten gevolge van een interventie. Interventies die 'evidence-based' zijn dienen derhalve niet kritiekloos te worden toegepast bij alle patiënten, en evenmin is er reden om de toepassing van een interventie, waarvan de effectiviteit (nog) niet is vastgesteld in experimenteel onderzoek, a priori uit

te sluiten bij de eerstvolgende patiënt die u tegenkomt.

De interventies die feitelijk worden uitgevoerd, en de wijze waarop deze worden uitgevoerd, worden medebepaald door het professionele oordeel van de verpleegkundige in een specifieke cliëntsituatie en door de voorkeuren van de cliënt die baat zou kunnen hebben bij die interventie. Met andere woorden, bij evidence-based practice vindt integratie plaats van wetenschappelijke kennis, professionele expertise en patiënten-voorkeuren.

Bij evidence-based practice vindt dus altijd individualisering plaats. Het gaat steeds om het maken van een inschatting of deze ene specifieke interventie effectief zou kunnen zijn bij deze ene cliënt en hoe deze dan uitgevoerd zou moeten worden voor het bereiken van optimale effectiviteit. Hierbij dient dan weer rekening gehouden te worden met uiteenlopende individueel en contextueel bepaalde factoren die van invloed zijn op de effectieve toepassing van deze interventie.

Evidence-based practice vereist een zeer grote vaardigheid van de verpleegkundige in het klinisch redeneren en de klinische besluitvorming. En deze vaardigheid is zeker ook vereist omdat we in de psychiatrische verpleegkunde veel te maken hebben met zeer complexe en samengestelde interventies. Ook dit maakt de verpleegkunde tot een kunst. Instrumenteel-technisch handelen, dat volledig te protocolleren valt, is hier niet aan de orde. Interventies die binnen de verpleegkunde worden ontwikkeld moeten deze complexe besluitvorming in de individuele patiëntenzorg ondersteunen.

3. Het potentiëren van andere disciplines

Een derde aspect waarin de kunst van het verplegen tot uitdrukking komt is het samenspel tussen verpleegkundigen en vertegenwoordigers van andere disciplines. Multidisciplinaire samenwerking is in veel situaties een noodzakelijke voorwaarde voor goede patiëntenzorg. Mijn stelling is dat op dit vlak nog aanzienlijke winst te behalen valt. Waar het om gaat is dat verpleegkundigen – mede door het relatief intensieve contact dat zij onderhouden met de cliënt – de effecten van de therapeutische inspanningen van andere disciplines kunnen versterken.

Met twee voorbeelden wil ik dit verduidelijken:

- (1) Een adequate medicamenteuze therapie vermindert de kans op een psychotische terugval bij cliënten met schizofrenie aanzienlijk, zo is gebleken uit vele onderzoeken (Ayuso-Gutierrez & Rio Vega 1997). Een belangrijk deel van de cliënten volgt de

behandelingsvoorschriften van de arts echter niet op (Corrigan *et al* 1990, Henselmans 1991, Fenton *et al* 1997, Pieters & Tjandra-Maga 1998). Verpleegkundigen zouden de medicamenteuze therapie kunnen ondersteunen door bij de individuele cliënt systematisch aandacht te besteden aan de medicatietrouw. Zij kunnen dit doen middels een periodieke inschatting van de mate van medicatietrouw, door het vaststellen van de oorzakelijke factoren die aan een lage medicatietrouw ten grondslag liggen, en door doelgerichte beïnvloeding van deze factoren. En dit alles in goede afstemming met de psychiater. Monitoring van de medicatie-inname en ondersteuning van de cliënt bij het opvolgen van de therapievoorschriften zijn dan belangrijke interventiemogelijkheden.

- (2) Onderzoek levert in toenemende mate bewijs voor de effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische therapie bij uiteenlopende psychiatrische aandoeningen (Sadock & Sadock 2000). Deze therapie wordt meestal in een- of tweewekelijkse sessies aan de patiënt aangeboden door gespecialiseerde therapeuten. Zo ook bij patiënten met anorexia nervosa. Deze patiënten staan tijdens hun behandeling voor de opgave om hun vervormde cognities en waarnemingen met betrekking tot hun eigen lichaam en hun eetpatroon bij te stellen. Een sterke alliantie tussen de cognitief therapeut en de verpleegkundigen zou de effectiviteit van de cognitieve therapie kunnen versterken. De verpleegkundigen zouden in de dagelijkse omgang met de patiënten op de verpleegafdeling doelgericht voort kunnen werken met de principes van cognitieve herstructurering die tijdens de formele therapiesessies zijn aangeleerd (zie ook Freeman & Yates 1998). Het oefenen in de dagelijkse praktijk met deze principes zal naar verwachting de generalisering van de vaardigheden naar nieuwe situaties kunnen versterken.

De kunst van het verplegen, dat is dus (1) het bevorderen van hechte therapeutische allianties met de cliënten waar wij zorg voor dragen, (2) de toepassing van effectieve verpleegkundige interventies en (3) het over en weer versterken van elkaars therapeutische inspanningen binnen de multidisciplinaire samenwerking. Wanneer we als verpleegkundigen deze kunst verder ontwikkelen, zal de professionaliteit van ons beroep en de kwaliteit van zorg die wij leveren aan onze cliënten navenant toenemen. En dit is de missie waar het lectoraat 'Best-practice in de GGZ-verpleegkunde' zich voor in zal gaan zetten. We kunnen niet alles tegelijkertijd, maar wij zullen u laten zien waarmee wij zullen gaan starten.

Het lectoraat 'Best-practice in de GGZ-verpleegkunde'.

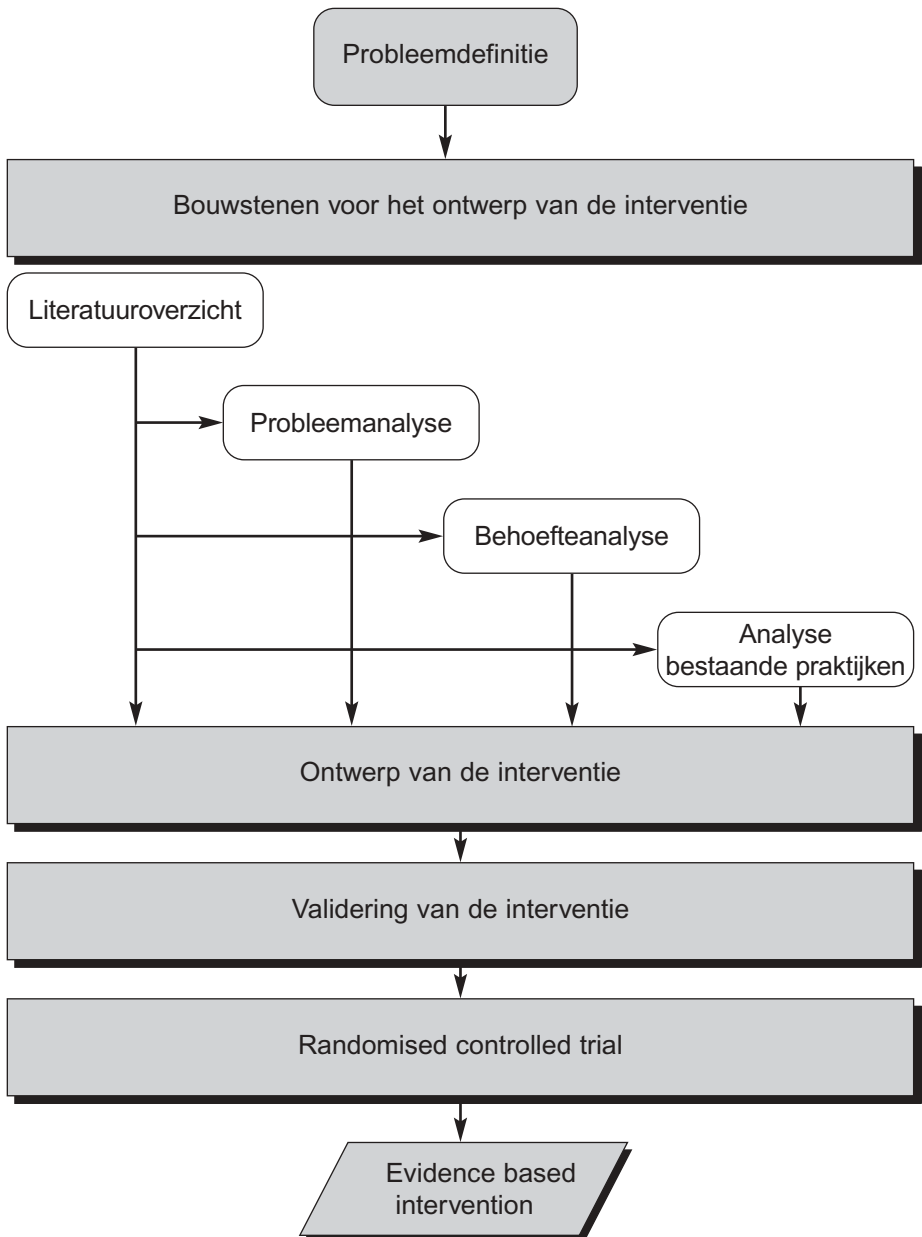
Het lectoraat richt zich op de ontwikkeling, verspreiding en implementatie van kennis op het gebied van de GGZ-verpleegkunde. GGZ-verpleegkunde wordt hier ruim geïnterpreteerd: het gaat ook om de grensgebieden tussen de geestelijke gezondheidszorg enerzijds, en de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg anderzijds. Graag wil ik de hoofdlijnen van het programma van het lectoraat uiteenzetten en ook iets laten zien van de onderbouwing ervan. Ik zal dit doen door achtereenvolgens in te gaan op (1) onderzoek en innovatie en (2) onderwijs.

Onderzoek en innovatie

Een belangrijke prioriteit voor het lectoraat 'Best-practice in de GGZ-verpleegkunde' is de ontwikkeling, toetsing en implementatie van verpleegkundige interventies die aantoonbaar bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg. De aandacht zal hierbij uitgaan naar een diversiteit aan patiëntenproblemen, die zich voordoen binnen verschillende werkvelden waarbinnen verpleegkundigen werkzaam zijn. Deze brede oriëntatie wordt mede ingegeven door de wens van het lectoraat om een goede aansluiting tot stand te brengen met deze werkvelden. We willen ons bezig houden met thema's die aansprekend zijn voor verpleegkundigen. Wij willen verpleegkundigen vanuit hun eigen praktijk in aanraking brengen met onderzoeks- en innovatieve projecten, waaraan zij desgewenst ook zelf deel kunnen nemen. Deze projecten zouden moeten bijdragen aan een meer wetenschapsgeoriënteerde denkwijze van de individuele verpleegkundige en aan de totstandkoming van innovatieve culturen binnen organisaties.

Bij de ontwikkeling en toetsing van nieuwe interventies zal gebruik worden gemaakt van een model dat is ontwikkeld en uitgewerkt bij de disciplinegroep Verplegingswetenschap van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (Van Meijel *et al* 2004a). Dit model beschrijft een aantal stappen die gevolgd kunnen worden bij de ontwikkeling en toetsing van evidence-based interventies (zie figuur 1).

Ontwikkeling en toetsing van evidence-based verpleegkundige interventies.



De start ligt steeds bij een eerste *globale probleemomschrijving*. De problemen die vanuit het lectoraat de aandacht krijgen zullen altijd sterk geworteld zijn in de verpleegkundige praktijk. Wanneer we bijvoorbeeld zien dat jeugdigen, die bij de jeugdpsychiatrie in zorg zijn, veel negatieve gevolgen ondervinden van herhaaldelijk optredende agressieve escalaties, dan kan onderzocht worden hoe verpleegkundigen bij kunnen dragen aan een effectief management van (dreigende) agressie, om zo deze negatieve gevolgen op persoonlijk en sociaal gebied te voorkomen (Van de Sande 2004*). Of wanneer we zien dat verpleegkundigen in hun dagelijkse praktijk allerlei structurerende interventies uitvoeren - soms met positieve, soms met negatieve gevolgen - dan kan de vraag gesteld worden welke structuurbiedende interventies nu precies in de huidige praktijk worden uitgevoerd, met welke effecten en hoe de effectiviteit van deze interventies verhoogd zou kunnen worden (Voogt 2004*).

Voor het ontwerp van een bepaalde interventie zullen eerst voldoende bouwstenen verzameld moeten worden. Voor een deel zullen deze in de literatuur kunnen worden gevonden. Er is al veel kennis beschikbaar binnen de verplegingswetenschap en binnen aanpalende wetenschappelijke disciplines. Een degelijk *state-of-the-art* overzicht van bestaande theoretische en empirische kennis op het desbetreffende interventiedomein is altijd nodig. Op basis hiervan kan beslist worden of de bestaande kennis toereikend is om op een verantwoorde wijze tot een ontwerp van de interventie over te kunnen gaan. Men kan tot de conclusie komen dat dit nog *niet* het geval is, omdat er bijvoorbeeld nog onvoldoende zicht bestaat op de aard en/of de omvang van het geformuleerde probleem, waardoor eerst een *probleemanalyse* nodig is. Ik licht dit graag toe met een voorbeeld uit de psychogeriatric: Wanneer het doel is de overdracht van zorg van een gespecialiseerde kliniek voor psychogeriatrische zorg naar de thuiszorg te verbeteren, dan kan het noodzakelijk zijn eerst te onderzoeken hoe het komt dat de klinische verbeteringen die bereikt zijn tijdens de opname in de specialistische kliniek, niet stand houden na ontslag uit deze klinische voorziening (Brink & Verkade 2004*).

Eerder gaven we aan dat we de patiëntenvoorkeuren een belangrijke plaats willen geven in onze verpleegkundige praktijkvoering. Dit heeft directe gevolgen voor het onderzoek dat wij doen en voor de aard van de interventies die wij willen ontwerpen. Diepgaande kennis over *belevingsaspecten, zorgvragen en zorgbehoeften* van patiënten is nodig voor het ontwerp van kwalitatief hoogwaardige interventies.

Een voorbeeld ter toelichting: Kroon (2003) concludeerde op basis van een onderzoek

naar zorg- en rehabilitatiebehoeften bij mensen met ernstige psychische stoornissen, dat er onder meer op het gebied van seksualiteit en intimiteit een zeer slechte aansluiting bestaat tussen zorgvraag en zorgaanbod: slechts 30% van de cliënten met een zorg-behoefte op dit gebied krijgt adequate hulp. Binnen het lectoraat is een project opgezet om deze zorgverlening te optimaliseren. Maar voordat we tot het ontwerpen van interventies over kunnen gaan, is het eerst noodzakelijk om zowel de bestaande problemen, als ook de specifieke zorgvragen op dit terrein nader te onderzoeken. Welke problemen en behoeften ervaren cliënten precies op het gebied van seksualiteit en intimiteit? En hoe zouden zij hiermee geholpen kunnen worden? Om antwoorden op deze vragen te kunnen krijgen is een kwalitatieve analyse van de ervaren problemen en zorgbehoeften nood-zakelijk (Geemen 2004*).

De *bestudering* van bestaande praktijken kan zeer veel nuttige kennis opleveren ten behoeve van interventieontwikkeling. Reeds in de praktijk ontwikkelde interventie-methoden kunnen zo worden beschreven en geanalyseerd. Expertkennis wordt gesystematiseerd en ervaringen van hulpverleners, cliënten en familieleden bieden de nodige inzichten in de wijze waarop een interventie het meest effectief kan worden toegepast (zie o.m. Van Meijel *et al* 2002a, 2002b). Dit type onderzoek zal ook binnen het lectoraat worden uitgevoerd, onder meer naar effectieve zorg voor mensen met niet-aangeboren hersen-letsel met bijkomende psychiatrische en gedragsproblemen (Polhuis 2004*).

Met behulp van de verzamelde bouwstenen kan nu een verantwoorde interventie worden ontworpen met een grondige theoretische en empirische onderbouwing. Bij toepassing van deze interventie in de verpleegkundige praktijk is deze onderbouwing van cruciaal belang: zij biedt de verpleegkundigen inzicht in de rationales van de voorgestelde activiteiten. Dit inzicht is nodig om beargumenteerd voor bepaalde activiteiten te kunnen kiezen, maar ook om beargumenteerd van een voorgestelde interventiestrategie af te kunnen wijken. Met andere woorden, het biedt de verpleegkundige ondersteuning in de klinische besluitvorming.

Veel van de verpleegkundige interventiemethodieken die ontworpen worden, zullen een tweedelige structuur kennen. Er zal veelal eerst een assesment-fase worden uitgevoerd, bedoeld om de situatie van de individuele patiënt in relatie tot het verpleegprobleem adequaat te beschrijven. Vervolgens kunnen – aansluitend bij de resultaten van deze

assessment-fase - de feitelijke verpleegkundige activiteiten op een wetenschappelijk verantwoorde wijze worden gepland en uitgevoerd. Zo kan optimaal vormgegeven worden aan individualisering van zorg.

Een voorbeeld: bij een interventie gericht op de vermindering van suïcidaliteit bij cliënten met schizofrenie, zal de verpleegkundige eerst een systematische assessment uitvoeren van de aanwezigheid en ernst van suïcidaliteit en van de individuele risicofactoren hierbij, alvorens doelgerichte interventies te plannen en uit te voeren. De aard en de ernst van aanwezige risicofactoren zijn in hoge mate bepalend voor de interventiestrategie waarvoor wordt gekozen (van Meijel *et al* 2004*).

Na het ontwerp van een interventie wordt deze eerst op beperkte schaal gevalideerd, bijvoorbeeld met behulp van case studies. Wanneer er gekozen wordt voor voldoende variatie in de cases, kunnen de processen van uitvoering en de uitkomsten van de interventie onder wisselende omstandigheden worden bestudeerd. Dit draagt opnieuw bij aan de theorievorming. En we kunnen hierbij tevens zicht krijgen op de uitvoerbaarheid van de interventie in de verpleegkundige praktijk, wat van belang is voor succesvolle implementatie in de toekomst.

De gevalideerde interventies kunnen vervolgens op effectiviteit worden onderzocht in experimenteel onderzoek.

Een belangrijk voordeel van de hier beschreven werkwijze van ontwikkeling en toetsing van verpleegkundige interventies, is dat de interventies pas op effectiviteit in grootschaliger experimenteel onderzoek worden onderzocht nadat ze inhoudelijk voldoende zijn uitgewerkt en nadat ze al aan een eerste toetsing zijn onderworpen via de beschreven case studies. Zo wordt recht gedaan aan de complexe sociale realiteit waarmee de GGZ-verpleegkundige in haar dagelijkse werk te maken heeft.

Ook de toepassing van nieuwe kennis in de verpleegkundige praktijk zal worden ondersteund met beschikbare kennis op het gebied van implementatie- en innovatieprocessen. De kennis en ervaring op deze domeinen zijn groeiende en er zijn in toenemende mate instrumenten en modellen beschikbaar die een effectieve invoering van nieuwe interventies in de verpleegkundige praktijk kunnen ondersteunen (Champion & Leach 1989, Goode *et al* 1987, Horsley 1983, Huizenga *et al* 2001, Hunt 1987, Linge 1998, Titler *et al* 1994, White *et al* 1995, Backer *et al* 1986)

Momenteel zijn er zo'n 14 onderzoeksprojecten in opbouw binnen het lectoraat en de kenniskring. Deze staan weergegeven in bijlage 1.

Onderwijs

'Weg met al diezelfde studies', kopte De Volkskrant op 18 oktober 2003 naar aanleiding van een interview met staatssecretaris Nijs van Onderwijs. De staatssecretaris deed een oproep aan de instellingen voor hoger onderwijs om zich te profileren op die gebieden waar zij goed in zijn. Geen eenheidsworsten meer in het onderwijs, de instellingen worden afgerekend op hun ambities en innovatieve kracht, op hun aansluiting bij het bedrijfsleven en bij maatschappelijke organisaties. 'Ik wil sturen op profiel', zo stelt de staatssecretaris, want alleen zo kan Nederland als kennisland weer een prominente positie verwerven in Europa en in de wereld (zie ook Hoofdlijnenakkoord Kabinet 2003).

Het lectoraat 'Best-Practice in de GGZ-verpleegkunde' heeft voor een duidelijk profiel gekozen. Haar doelstelling is bij te dragen aan de professionalisering van de GGZ-verpleegkunde door te werken aan kennisontwikkeling, -verspreiding en -implementatie. Het streven is om een dusdanige synergie tussen lectoraat en de School of Health van de Hogeschool Inholland tot stand te brengen dat de verpleegkundige opleidingen van de hogeschool – in het bijzonder die op het gebied van de GGZ-verpleegkunde – bekend staan als opleidingen die van hoog niveau zijn en die 'iets extra's' te bieden hebben door de activiteiten van lectoraat en kenniskring. Twee uitkomsten zijn voor ons van essentieel belang:

- (1) De aantrekkingskracht van de opleiding neemt toe: het werken in de geestelijke gezondheidszorg is niet bijzonder populair onder studenten verpleegkunde, zo blijkt uit internationaal onderzoek (Ferguson & Hope 1999, Happell 1999, Rushworth & Happell 2000). Alleen de zorg voor geriatrische cliënten scoort nog lager in populariteit. Aan deze lage populariteit liggen allerlei negatieve beelden ten grondslag over psychia-trische patiënten en het werken in de psychiatrie. Deze beelden blijken overigens wel beïnvloedbaar door toename van theoretische kennis en praktijkervaring (Hoekstra *et al* 2004*). Het lectoraat wil bijdragen aan het vergroten van de aantrekkingskracht van de verpleegkundige opleidingen die studenten voorbereiden op het werken in de geestelijke gezondheidszorg. De beschikbare expertise binnen lectoraat en kenniskring zal worden ingezet ten behoeve van de curriculumontwikkeling

op bachelors- en mastersniveau, studenten en docenten kunnen participeren in onderzoeksprojecten, leden van het lectoraat en de kenniskring zullen gastcolleges en workshops verzorgen en er zal bijscholing op het gebied van evidence-based practice worden aangeboden aan docenten.

- (2) De instellingen in de regio zijn tevreden over de studenten die bij de Hogeschool Inholland zijn afgestudeerd, in de zin dat competenties van de afgestudeerden bij hun intrede op de arbeidsmarkt aansluiten bij de eisen die gesteld worden door deze instellingen. De verlenging van de bachelors-differentiatie- en specialisatiefase biedt alle mogelijkheden om de studenten beter voor te bereiden op hun werk in de geestelijke gezondheidszorg, zowel op het gebied van theoretische kennis als op het gebied van praktische vaardigheden. Wij willen vanuit het lectoraat ook bijdragen aan de discussie omtrent de inzet van Masters of Advanced Nursing Practice in het werkveld. Amerikaans onderzoek heeft aangetoond dat de inzet van Advanced Nurse Practitioners in de algemene gezondheidszorg leidt tot betere behandelingsresultaten tegen lagere kosten (Brooten *et al* 2002). Het zou interessant zijn om te onderzoeken of deze resultaten ook binnen het Nederlandse GGZ-verpleegkunde gerepliceerd kunnen worden.

De inspanningen van lectoraat en kenniskring op het gebied van onderwijs zullen zeker niet beperkt blijven tot de School of Health van de Hogeschool Inholland. Wij willen onze expertise ook graag inzetten ten behoeve van de opleidingen binnen de agogische sector, die studenten opleiden voor het beroep van GGZ-agoog. De aanname hierbij is dat de vereiste beroepscompetenties van de GGZ-verpleegkundige en de GGZ-agoog een zekere mate van overlap vertonen, waardoor zowel doorzichtigheid als doorlaatbaarheid van de professionele beroepsgrenzen van belang zijn.

Tot besluit

Er is veel gaande op het gebied van de GGZ-verpleegkunde en er is nog veel meer te doen. De mogelijkheden die wij nu hebben om te werken aan de verdere professionalisering van ons vakgebied zijn ongekend. Dit is zo in vergelijking met 10 jaar geleden, toen alleen al het spreken over onderzoek en innovatie op het gebied van de GGZ-verpleegkunde bij velen verdwaasde blikken opriep. En het is zeker zo in vergelijking met 100 jaar geleden, toen de prominente leden van de Nederlandsche Vereniging voor Psychiatrie zich ernstig zorgen maakten over het gebrek aan de meest elementaire professionele kwaliteiten van degenen die verantwoordelijk waren voor de dagelijkse zorg voor de psychiatrische patiënten.

Wij hopen met het lectoraat 'Best-Practice in de GGZ-verpleegkunde' onze bijdrage te kunnen leveren aan het proces van professionalisering in de GGZ-verpleegkunde.

Tot slot van mijn rede wil ik graag een aantal mensen bedanken.

Zeer geachte leden van het college van bestuur, beste Jos, Lein en Marijk, ik voel mij bijzonder vereerd het ambt van lector te mogen vervullen aan een Hogeschool met een heldere en ambitieuze toekomstvisie. Dit is precies de werkomgeving die wij als lectoren en kenniskringleden nodig hebben om tot goede resultaten te kunnen komen. Veel dank voor het in mij gestelde vertrouwen en voor de hartelijke ontvangst bij de Hogeschool.

Geachte dr. Menendez, beste Susana, als directeur van het Institute for Advanced Studies and Applied Research (ASAR) heb je een leidende rol vervuld bij de totstand-koming van het lectoraat en bij de eerste stappen die hierna zijn gezet.

Dank voor de zeer plezierige wijze waarop je leiding geeft en voor de ruimte die je biedt om de kennis en expertise van het lectoraat en de kenniskring volwaardig tot zijn recht te laten komen. Ik verheug mij op onze verdere samenwerking in de toekomst!

Geachte drs. Urlings, beste Marij, door jouw toedoen voelde ik mij al snel op mijn plek binnen de School of Health. Je blijken van waardering en aanmoediging waren voor mij zeer belangrijk als onzekere nieuwkomer binnen de Hogeschool. Ik hoop dat we in goede samenwerking veel goed werk kunnen verrichten de komende jaren.

Geachte heer Otto, beste Roeland, je hebt een belangrijke rol vervuld bij de opstelling van de aanvraag voor dit lectoraat. En je hebt mij op tactische wijze verleid om mij als lector beschikbaar te stellen. Ik heb er geen seconde spijt van gehad dat ik op je verleidingen ben ingegaan. Dank voor je doortastendheid.

Beste leden van de kenniskring, toen ik de sollicitatiegesprekken met jullie voerde wist ik al dat het helemaal goed zou komen. Ik had mensen voor me met liefde voor het vak en met een grote ambitie om aan de ontwikkeling ervan een goede bijdrage te leveren. Ik ben jullie oprecht dankbaar voor de grote inzet die jullie nu al getoond hebben om het maximale eruit te halen. En de dynamiek binnen de kenniskring als geheel is werkelijk adembenemend!

Geachte heer Eliëns, beste Aart, ik was er echt content mee toen je aangaf associate lector te willen worden. Ik ben ervan overtuigd dat je de juiste man op de juiste plaats bent en ik zie met plezier uit naar onze toekomstige samenwerking.

Ook een woord van dank aan de docenten en medewerkers van de Hogeschool Inholland, en in het bijzonder van de School of Health. Ik hoop dat we onze samenwerking in de zeer nabije toekomst verder uit kunnen bouwen en dat we elkaar op de juiste momenten weten te vinden om gezamenlijk te werken aan de kwaliteit van het onderwijs. Eveneens dank aan de instellingen in de regio die hun steun hebben gegeven aan de totstandkoming van het lectoraat. Wij – het lectoraat en de kenniskring - hopen nog veel voor u te kunnen betekenen de komende jaren. De ontvangst was bijzonder hartelijk. Geachte heer Koopman, beste Peter, als mijn coach tijdens het Orionprogramma voor leiderschap in de verpleging heb je veel invloed op mij gehad. Ben ik een beetje op de plek terechtgekomen die je toen voor mij in gedachten had? Veel dank voor je voort-durende steun. Dat jij straks een reactie op de rede zult gaan verzorgen is voor mij nu al een hoogtepunt van de dag.

Geachte professor Grypdonck, beste Mieke, als ik aan iemand schatplichtig ben, dan ben ik het wel aan u. Mijn gedachten en woorden zouden er beslist anders uit hebben gezien, wanneer onze wegen elkaar niet hadden gekruist in het jaar 1992. En waarschijnlijk had ik hier dan niet eens gestaan! Dank voor alle steun aan mij persoonlijk, maar ook voor uw oneindige inzet om de verpleegkunde en de verplegingswetenschap in Nederland vooruit te helpen. Uw invloed op de verpleegkunde in Nederland is bijzonder groot, daar zullen de geschiedschrijvers nog achter komen, straks in de toekomst.

Lieve Vonneke, Sam, Tom en Bob. De dag krijgt pas kleur met jullie, ook vandaag weer!

References

- American Nurses Association (1994), *A Statement on Psychiatric-Mental Health Clinical Nursing Practice and Standards of Psychiatric - Mental Health Clinical Nursing Practice.*, American Nurses Publishing, Washington D.C.
- Andreasen NC (2001), *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*, Oxford University Press, New York
- AVVV (2004a), *Profs met 'n plan*, Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV), Utrecht
- AVVV (2004b), *Activiteitenplan 2004*, Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden, Utrecht
- Ayuso-Gutierrez JL & Rio Vega JM de (1997), Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 28, 199-206
- Backer TE, Liberman RP & Kuehnel TG (1986), Dissemination and Adoption of Innovative Psychosocial Interventions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 111-118
- Barker P (1999), *The Philosophy and Practice of Psychiatric Nursing*, Churchill Livingstone, Edinburgh
- Boschma G (2003), *The rise of mental health nursing: A history in psychiatric care in Dutch asylums 1890 - 1920*, Amsterdam University Press, Amsterdam
- Brooten D, Naylor MD, York R, Brown LP, Munro BH, Hollingworth AO, Cohen SM, Finkler S, Deatrick J, Youngblut JM (2002), Lessons Learned from Testing the Quality Cost Model of Advanced Practice Nursing (APN) Transitional Care, *Journal of Nursing Scholarship* 34: 369-375
- Brunting R, Zwanikken-Leenders J (2004), *Verwenzorg. Gewoon doen*, Elsevier, Utrecht

Champion VL, Leach A (1989), Variables related to research utilization in nursing: an empirical investigation, *Journal of Advanced Nursing* 14: 705-710

Corrigan PW, Liberman R, Engel JD (1990), From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 41: 1203-1211

Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. (1997), Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings, *Schizophrenia Bulletin* 23 : 637-651

Ferguson K, Hope K (1999), From novice to competent practitioner: Tracking the progress of undergraduate mental health nursing students., *Journal of Advanced Nursing* 29: 630-638

Frank AF & Gunderson JG (1990), The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia. Relation to Course and Outcome, *Archives of General Psychiatry* 47, 228-236

Freeman A, Yates MJ (1998), Cognitive Therapy in Advanced Nursing Practice, in *Advanced Practice in Psychiatric Nursing*, ed. Burgess AW, Appleton & Lange, Stamford p 213-238

Goode CG, Lovett MK, Hayes JE, Butcher LA (1987), Use of research based knowledge in clinical practice, *Journal of Nursing Administration* 17: 11-18

Grant CA, Hartman CR (1997), Therapeutic Communication, in *Psychiatric Nursing: Promoting Mental Health*, ed. Burgess AW, Appleton & Lange, Stamford pp. 167-182

Grypdonck MHF (1999), *Het leven boven de ziekte uittillen*, Spruyt, Van Mantgem & De Does, Leiden

Happell B (1999), Who wants to be a psychiatric nurse? Novice student nurses' interest in psychiatric nursing, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 479-484

Hartman CR (1998), Transference and Countertransference, in *Advanced Practice Psychiatric Nursing*, ed. Burgess AW, Appleton & Lange, Stamford p 153-170

Henselmans H (1990), Therapietrouw en de medicamenteuze behandeling van patiënten met schizofrene stoornissen. *Directieve therapie* 11: 209-223

Hoekstra H, Hooft Tvd, Meijel Bv (2004), Verpleegkundige in de psychiatrie ... echt (niet) voor mij! Beeld van HBO-V studenten over het werken in de psychiatrie (literatuurstudie en onderzoeksopzet)

Hoofdpijnenakkoord Kabinet (2003), Meedoen, meer werk, minder regels.
Hoofdpijnenakkoord voor het kabinet CDA, VVD, D66, Den Haag

Horsley JA (1983), *Using research to improve nursing practice: A guide*, Saunders Company, Philadelphia

Huizenga A, Kruk Tvd, Linge Rv (2001), *Vragenlijst Evidence Based Practice Rijpheid*, Verplegingswetenschap UMC-Utrecht, Utrecht

Hunt M (1987), The process of translating research findings into nursing practice, *Journal of Advanced Nursing* 12: 101-110

Hutschemaekers G, Neijmeijer L (1998), Beroepen in beweging. *Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*, Trimbos-instituut/Bohn Stafleu van Loghum, Utrecht/Houten

Sadock BJ & Sadock VA (2000), Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (7th edition). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Kramer F (1990), *Geschiedenis van de zorg voor geesteszieken*, De Tijdstroom, Lochem

Kroon H (2003), De zorgbehoeftenlijst: *Een vragenlijst voor het meten van zorg- en rehabilitatiebehoeften bij mensen met ernstige psychische stoornissen*, Trimbos-instituut, Utrecht
Leeuw Md, Nieuwenhuis J, Schilt M (1997), *Van oppasser naar verpleegkundige*, De Tijdstroom, Utrecht

Linge Rv (1998), *Innoveren in de gezondheidszorg. Theorie, praktijk en onderzoek*, Elsevier / De Tijdstroom, Maarssen

McFarland GK, Wasli EL, Gerety EK (1992), *Nursing Diagnoses & Process in Psychiatric Mental Health Nursing*, J.B. Lippincott Company, Philadelphia

Mauritz M, Meijel Bv & Winter CPde (2001), *Schizofrenie, leven met verlies. Patiënten aan het woord*, Elsevier, Maarssen

Meijel Bv & Mauritz MW (2002), Een belevingsgerichte benadering in de zorg voor de psychiatrische patiënt. *Psychiatrie en verpleging: tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg* 78, 72-82.

Meijel B v, Gaag Mvd, Kahn RS & Grypdonck M (2002a), The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9: 347-356

Meijel Bv, Gaag Mvd, Kahn RS & Grypdonck M (2002b), The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9: 357-364

Meijel Bv, Grypdonck M, Gamel C & Swieten-Duijfjes, B (2004) The development of evidence based clinical interventions: methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing* (in druk)

Meijel Bv, Grypdonck M, Neeleman N, Kahn RS & Grobbee DE (2004), Rouw, depressie en suicide bi schizofrenie: De ontwikkeling en toetsing van een verpleegkundig interventieprotocol gericht op de preventie van suicide(-pogingen) bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis. Onderzoeksvoorstel Universiteit Utrecht / Hogeschool Inholland

Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM (2003), Inleiding, in *Inleiding in evidence-based medicine*, ed. Offringa M, Assendelft WJJ & Scholten RJPM, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten pp. 1-10

Peplau HE (1988), *Interpersonal relations in nursing*, The MacMillan Press LTD, Hampshire / London

Pieters G, Tjandra B, Maga R. (1998), Een programma ter bevordering van medicatietrouw bij schizofreniepatiënten: Libermans trainingsmodule. In Knoppert B van der Klein EAM, Kölling P, Hoogduin CAL, red. *Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; pp. 47-59.

Rushworth L, Happell B (2000), 'Psychiatric nursing was great, but I want to be a "real" nurse: Is psychiatric nursing a realistic choice for nursing students?', *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 128-137

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS (1996), Evidence-based medicine: what it is and what it isn't., *British Medical Journal* 312: 71-72

Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg WM, Haynes RB (2000), Evidence-based medicine: *How to practice and teach EBM.*, Churchill Livingstone, Edinburgh

Shorter E (1998), Een geschiedenis van de psychiatrie: *Van gesticht tot Prozac*, Ambo, Amsterdam

Speedy S (1999), The therapeutic alliance, in *Advanced Practice in Mental Health Nursing*, ed. Clinton M & Nelson S, Blackwell Science, Oxford p 59-76

Taskforce vermaatschappelijking GGZ (2002), *Erbij horen*, Trimbos-instituut, Utrecht

Titler MG, Kleiber C, Steelman V, Goode C, Rakel B, Barry-Walker J, Small S, Buckwalter K (1994), Infusing Research into Practice To Promote Quality Care, *Nursing Research* 43: 307-313

Townsend MC (1996), *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care*, F.A. Davis Company, Philadelphia

Van de Beek H, Van Zuthem JW (2002), Achtergronden van vermaatschappelijking, in *Thuis in de samenleving.*, ed. Van de Beek H & Van Zuthem JW, LEMMA, Utrecht p 11-26

Van Wijngaarden B, Bransen MEM, Wennink HJ (2001), *Een keten van lege zondagen*, GGZ-Nederland, Utrecht

White JM, Leske JS, Percy JM (1995), Models and Processes of Research Utilization,
Nursing Clinics of North America 30: 409-420

Bijlage 1

Lectoraat 'Best Practice in de GGZ-verpleegkunde'

Hogeschool Inholland

Lector: Dr. Berno van Meijel

Associate lector Drs. Aart Eliens

Onderzoeksprojecten	
Preventie van zelfverwondend gedrag in de GGZ	Drs. Maartje Bosman
Begeleiding van cliënten met een lichte verstandelijke handicap die lijden aan angststoornissen	Drs. Addy Pruyssers
Zorg voor psychogeriatrische cliënten met ontwrichtend gedrag	Drs. Cindy Brink Paul Jeroen Verkade
'Structuur bieden' als verpleegkundige interventie	Drs. Amar Voogt
De ontwikkeling en toetsing van een toolkit voor assessment van zorgbehoeften, en uitvoering van effectieve verpleegkundige interventies voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel	Drs. Diana Polhuis
Vermaatschappelijking: de implicaties voor de GGZ-verpleegkunde	Drs. Mirjam Korevaar
Afstemming van zorgvraag en zorgaanbod: intimiteit en seksualiteit bij mensen met chronisch psychiatrische problematiek.	Drs. Louisanne Gemen
De narratieve benadering binnen de GGZ-verpleegkunde	Drs. Jan Sitvast

Waarom kiezen studenten (niet) voor het werken in de GGZ Essentiële competenties van GGZ-verpleegkundigen in de samenwerkingsrelatie met de cliënt	Hanneke Hoekstra Peter Klumpenaar
Motiveringsstrategieën ter vermindering van parasuïcidaal gedrag bij patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis	Bauke Koekkoek
Kwaliteit van leven van psychiatrische cliënten die langdurig verblijven in psychiatrische ziekenhuizen	Drs. Yvonne Megens
Preventie van depressie en suïcide bij patiënten met schizofrenie: de ontwikkeling en toetsing van een verpleegkundig interventie-protocol.	Dr. Berno van Meijel
Preventie van agressieve escalaties bij kinderen en jeugdigen met ontwikkelingsstoornissen	Roland van der Sande MSc

Overige projecten	
Curriculumontwikkeling • HBO-V differentiatie GGZ • Master of Advanced Nursing Science / GGZ • Sociaal Agogische opleidingen	Drs. Aart Eliens Dr. Berno van Meijel
Deskundigheidsbevordering HBO-V docenten	Dr. Berno van Meijel
Nationale en internationale samenwerking	Drs. Frank Wachters Drs. Aart Eliens Dr. Berno van Meijel
Contractactiviteiten	Drs. Frank Wachters Drs. Aart Eliens Dr. Berno van Meijel



Kunstwerk ontworpen door Liza van der Aar