

Kleurrijke perspectieven

prof.dr. B.K.G. van Meijel

Faculteit der Geneeskunde



Kleurrijke perspectieven
Notities over de GGZ-verpleegkunde

prof.dr. B.K.G. van Meijel

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar GGZ - verpleegkunde vanwege de Hogeschool Inholland bij de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit / VU Medisch Centrum op 8 april 2015.



VU medisch centrum



Parnassia Groep

Kleurrijke perspectieven. Notities over de GGZ-verpleegkunde.

Prof. dr. Berno van Meijel

Mijnheer de rector, dames en heren,

Twee perspectieven

We kunnen onze eigen wereld, en de wereld om ons heen, op allerlei manieren waarnemen. En het lijkt eigen aan de mens te zijn te denken dat hij gelijk heeft. De oude man kijkt in de spiegel en verzucht: ‘De kwaliteit van de spiegels is tegenwoordig ook niet meer wat het geweest is’. We kunnen de veelheid aan perspectieven op de werkelijkheid, met enig duw- en trekwerk, terugbrengen tot twee. Staande op de drempel tussen deze twee werkelijkheden kunnen we net als Janus (de Romeinse god van de doorgangen), die twee gezichten had, kijken naar links en naar rechts. Links zien we de wereld van de rationaliteit, de mathematica, de logica, de objectiviteit, de positieve wetenschap. We denken dat we daarmee de wereld kunnen beschrijven ‘zoals die is’. Kijken we naar rechts dan zien we een hele andere wereld: we zien de wereld ‘zoals die beleefd wordt’ en tot uitdrukking wordt gebracht in de verhalen van mensen, in de literatuur, de kunst, de muziek, en in de metafysica van godsdienst en spiritualiteit (Klukhuhn, 2008; 2013).

De verbinding tussen deze twee werkelijkheden is niet altijd vanzelfsprekend. Sterker nog: Het wil vaak niet zo boteren tussen deze twee werelden, zo weten we uit de alledaagse ervaring. Janus heeft niet voor niets twee gezichten. Ik liep eens (en daarna overigens nooit meer) een marathon, 42 kilometer en 195 meter, zoals u weet. Ik deed daar maar liefst 4 uur, 23 minuten en 2 seconden over. Ik kwam daarmee op een gemiddelde van 9,626 km per uur en deed er 2,071 keer zo lang over als mijn Keniaanse voorloper die dag. Kijken we naar mijn plaats binnen de normaalverdeling van de tijden van alle deelnemers van die dag, dan moet u mij behoorlijk ver in de rechter uitloper zoeken. Deze feiten kunnen we objectief vaststellen. Mijn beleving omtrent mijn prestatie die dag had een geheel andere kleur. Ik was trots dat ik deze magische afstand heb kunnen voltooien. Ik was ook tevreden dat ik het er levend vanaf heb gebracht, dit in tegenstelling tot de Griekse soldaat die naar verluidt in 490 voor Christus het leven liet na volbrenging van de marathonaafstand. Maar mijn beleving werd toch ook gekleurd door enige schaamte: hoe zouden mijn naasten reageren op deze toch wel troosteloze tijd? De activiteit bood ook nog een waardevol inzicht: met mijn postuur is het gewoon niet verstandig om zulke afstanden af te leggen.

De confrontatie tussen beide werkelijkheden komen we in vele hoedanigheden tegen. Wat te denken van de liefde? Moeten we, kijkend naar links, de liefde beschouwen als een vorm van obsessief gedrag, sterk gestuurd door onze hormonale huishouding, gedrag dat hoofdzakelijk

dient voor de instandhouding van onze soort? Of, kijkend naar rechts, wordt de liefde juist gekenmerkt door spirituele ervaringen en mystieke eenwording met de ander?

En wat te denken van de waanzin? Is schizofrenie een ziekte van het brein, veroorzaakt door afwijkende morfologie en fysiologie van de hersenen, te behandelen met medicatie om deze abnormaliteiten weer in goede banen te leiden? Of is dit juist geestdodend en biedt de waanzin ons ook mogelijkheden tot bijzondere ervaringen en talenten? Zeker is dat de filosofie, de wetenschap, de kunst en de literatuur veel armoediger zouden zijn zonder de inbreng van de waanzinnige en bijzondere geesten, zoals die van Friedrich Nietzsche, Ludwig Wittgenstein, Archimedes van Syracuse, Albert Einstein, William Blake en Vincent van Gogh (Klukhuhn, 2015).

En hoe zit het met ons eigen bestaan? Objectief gezien, kijkend naar links dus, zijn we een betekenisloos stofje in de oneindige ruimte en tijd. Maar subjectief gezien, met de blik naar rechts, hechten wij en onze naasten meestal grote waarde aan ons leven en doen we er alles aan om dit leven in stand te houden.

De beide kenwijzen manifesteren zich zelfs in het brein. De linker hersenhelft is analytisch van aard en zou bovengemiddeld ontwikkeld zijn bij de exacte wetenschapsbeoefenaars. De rechter hersenhelft werkt eerder holistisch dan analytisch, en is belangrijk voor ons emotionele en kunstzinnige leven.

U herkent het wellicht: menig dilemma ontstaat in deze confrontatie tussen de beide hersenhelften, zonder uitzicht op een bevredigend intellectueel en emotioneel antwoord. En menig conflict wordt in huiselijke sferen uitgevochten, even uitzichtsloos, waarbij de ene partner gedreven wordt door de linkerkwab, terwijl de ander zich uitleeft over de rechterflank.

‘There’s nothing right in my left brain, and nothing left in my right brain’. Probeer er maar eens uit te komen!

De natuurwetenschapper ervaart als professional waarschijnlijk weinig problemen in deze dualiteit. Hij kan zijn werk uitstekend doen door enkel naar links te kijken. Ook de kunstschilder ervaart nauwelijks problemen. Haar werk zal aan kunstzinnige waarde winnen door de blik juist naar rechts te richten. Maar hoe zit het met de onderzoeker in de geestelijke gezondheidszorg? Neemt deze de plaats in van buitenstaander die op analytische en objectiverende wijze de psychische werkelijkheid van de patiënt in kaart tracht te brengen? Of stelt hij zich op het standpunt dat deze psychische realiteit vooral kenbaar is door binnen te treden in de complexe subjectiviteit van het individu, door diens ervaringswereld in beeld te brengen?

Welke plaats neemt de verpleegkundige in? En welke de onderzoeker in de GGZ-verpleegkunde?

Wat is (GGZ-)verpleegkunde?

De leerstoel GGZ-verpleegkunde is ingesteld voor de wetenschappelijke bestudering van dit vakgebied. Maar wat houdt dit vakgebied nou feitelijk in? Het spreekt voor zich dat het onderwerp van studie van een wetenschappelijke discipline met enige helderheid gedefinieerd dient te worden. Welnu, dat is nog niet zo eenvoudig. Met jaloezie kijk ik naar mijn collega's in de sterrenkunde. Ik lees op Wikipedia dat deze wetenschap zich richt op de studie van alle fenomenen buiten de aarde. Dat is pas duidelijk!

Voor de GGZ-verpleegkunde is de definiëring van het vakgebied, en daarmee het object van studie, iets minder eenduidig. Lakeman (2012) deed onderzoek onder GGZ-verpleegkundigen en stelde hen de vraag: wat is naar jullie oordeel goede GGZ-verpleegkundige zorg? Op basis van de respons van de verpleegkundigen kwam hij tot de volgende definitie (vrije vertaling):

'De GGZ-verpleegkunde is een professionele, patiënt-gestuurde, doelgerichte activiteit, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, die zich richt op de groei, ontwikkeling en het herstel van patiënten met complexe zorgbehoeften op het gebied van de psychische gezondheid. Hiervoor zijn nodig zorgende, empathische, respectvolle verpleegkundigen met het inzicht om hun eigen interpersoonlijke vaardigheden in te zetten voor de ontwikkeling van vaardigheden van de patiënt, waarmee beoogde verandering tot stand komt in partnerschap en in nauwe samenwerking tussen patiënt, familie, vrienden en het multidisciplinaire team'.

U begrijpt nu hopelijk mijn periodieke drang naar beoefening van een iets meer exacte wetenschap.

De American Nurses Association probeerde het in 1980 iets puntiger te omschrijven (in: Polit & Beck, 2008; Gastmans, 1998):

'Verpleegkunde richt zich op de diagnose en behandeling van menselijke reacties op actuele en potentiële gezondheidsproblemen'.

Er zijn vele en zeer uiteenlopende definities van verpleegkunde én van GGZ-verpleegkunde in omloop. Toch zijn we het ook wel weer eens over bepaalde hoofdzaken. De kerntaak van de GGZ-verpleegkundige ligt in het bieden van ondersteuning aan de patiënt bij het omgaan met de gevolgen van de psychiatrische aandoening op lichamelijk, psychosociaal, maatschappelijk en zingevend gebied. Het kan hier gaan om het bieden van ondersteuning bij de acceptatie van ziekte en verminderd functioneren, het bevorderen van copingvaardigheden, het vinden van nieuwe toekomstperspectieven, het stand houden in het dagelijks leven, het bevorderen van emotieregulatie, het beheersen van impulsen, het trainen van sociale vaardigheden, het bevorderen van therapietrouw, het omgaan met de bijwerkingen van medicamenteuze behandeling, het bevorderen van een gezonde leefstijl, de preventie van terugval ... en deze lijst kan nog veel verder worden aangevuld. Geen eenduidige en gesloten definitie van ons vakgebied dus. En geen eenduidige afgrenzing van het werk van andere disciplines. En dit is wel goed zo. Juist omdat de psychiatrische aandoening zich zo uiteenlopend manifesteert in het

dagelijkse leven van de patiënt is een open benadering wenselijk om aan zijn of haar wensen, problemen en behoeften tegemoet te komen.

Beroepsidentiteit

De GGZ-verpleegkunde, en de wetenschappelijke bestudering ervan, verkeren in een vroeg stadium van professionele en academische ontwikkeling (McCabe, 2002; Hercelinskyj e.a., 2014). In dit opzicht zijn we zoekende. Maar daar waar men zoekende is en professionele onzekerheid ervaart, kunnen er ook dwaalwegen worden ingeslagen, wegen dus die minder productief of zelfs schadelijk zijn voor de ontwikkeling van de beroepsgroep. Ik wil op twee van deze in mijn ogen minder productieve wegen nader ingaan.

Reductionistische visies

De eerste dwaalweg behelst het aanhangen van reductionistische visies in praktijk en onderzoek. Reductionisme is een manier van denken waarbij iets eenvoudiger wordt voorgesteld dan het in werkelijkheid is. Er wordt aangenomen dat complexe verschijnselen, zoals bijvoorbeeld psychische aandoeningen, het best kunnen worden begrepen via de analyse van de onderdelen, waarbij vaak een van de onderdelen, bijvoorbeeld het biologische systeem, van een hogere orde wordt beschouwd boven de andere. We raken dan, als het goed is, al snel in verwarring over de samenhang tussen het totaal en haar onderdelen. De geschiedenis van de psychiatrie kent vele voorbeelden van reductionistische visies (Shorter, 1997).

Een mooi voorbeeld, waarin verpleegkundigen en psychiaters elkaar liefdevol omarmden, was de introductie van de insuline-coma-therapie in de periode na de Tweede Wereldoorlog (Adams, 2014). Vooral patiënten met de diagnose schizofrenie kregen op dagelijkse basis en over een periode van meerdere weken hoge doses insuline toegediend waarmee zij tijdelijk in een hypoglycaemisch coma geraakten. Dit zou dan, volgens de voorstanders van deze therapie, bijdragen aan herstel van deze patiënten. Het geloof in deze interventie was groot bij de aanhangers. ‘Eindelijk kunnen we medisch ingrijpen’, ‘Eindelijk kunnen we ons meten met andere medische specialismen’, ‘Eindelijk kunnen we einde maken aan het primitieve gemommel van voorheen’, ‘Eindelijk kunnen we als verpleegkundigen meer zijn dan enkel handhavers van de verstoorde orde op de psychiatrische afdelingen’. De wetenschappelijke bewijskracht was echter laag. En het ging ten koste van de veiligheid en de eigen zeggenschap van patiënten. Naar schatting 1 op de 100 patiënten overleed aan deze zogeheten behandeling.

We staan ook nu nog bloot aan theoretisch of praktisch reductionisme, mede gestuurd door de behoefte aan professionele identiteitsvorming: de renaissance van de biologische psychiatrie in de jaren 90 van de vorige eeuw reduceerde de mens (opnieuw) tot een betrekkelijk willoos wezen, aangestuurd vanuit de regiekamer van de hersenen. Via de te verwachten zegeningen van de biologische psychiatrie, met name via medicatie, zouden psychiatrische aandoeningen in de toekomst veel beter behandelbaar worden. Dit overdreven behandeloptimisme, niet al-

leen bij een deel van de psychiaters maar ook bij biologisch georiënteerde verpleegkundigen, leidde tot valse hoop-ontwikkeling bij patiënten en tot eenzijdige behandelplannen.

Maar reductionistische visies ontwikkelden zich ook aan de andere zijde van het spectrum. Sommige auteurs, ook binnen de GGZ-verpleegkunde en onder invloed van psychodynamische verklaringsmodellen uit de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw, keren zich volledig af van biologische verklaringsmechanismen van psychische stoornissen en zien dan ook geen, of slechts zeer weinig heil in biologische behandelprincipes (o.a. Barker, 2001). Of ze zien het per definitie als een vorm van iatrogenese, ziekmaking door medische behandeling dus, waarbij de accentuering van de biologische component de persoon op voorhand al de eigen regie ontnemt om op eigen kracht aan herstel te werken.

En reductionistische tendensen zien we bijvoorbeeld ook binnen de sociaal-psychiatrische verpleegkunde: deze subdiscipline heeft zich de vorige eeuw krachtig ontwikkeld, passend in de tijd van het ontstaan van ambulante voor- en nazorg (Koekkoek e.a. 2009). Het deskundigheidsniveau van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen is zeer hoog. Maar de eenzijdige theoretische accentuering van sociale determinanten van psychische ziekte en gezondheid belemmert in de huidige tijd eerder de ontwikkeling van integrale visies op de GGZ-verpleegkunde dan dat zij deze bevordert.

En de auteur Hopton (1997) spant binnen de verpleegkundige literatuur de kroon met zijn reductionistische pleidooi voor politiserende hulpverlening, met volledige verwerping van zowel het biologische en psychologische model, aangezien psychische problemen volgens hem vooral gezien moeten worden als een reactie op maatschappelijke onderdrukking en marginalisatie.

En zo blijven we nog wat zoeken. Alle benaderingen kennen een aspect van waarheid en leveren daarmee hun bijdrage aan professionele identiteit. Ze zijn in hun eenzijdigheid echter gelijktijdig reductionistisch en belemmeren integrale visies op diagnostiek, behandeling, zorg en onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg en in de GGZ-verpleegkunde. Hier ligt een belangrijke uitdaging voor de komende jaren, zowel voor de praktijk, het onderwijs en het onderzoek in de GGZ-verpleegkunde.

Quasi-professionaliteit

Een tweede dwaalweg kan gelegen zijn in de cultivering van quasi-professionele praktijken. In dit licht zouden we eens goed na moeten denken, en vooral ook moeten debatteren, over de bestaande classificatiesystemen die voor de verpleegkunde zijn ontwikkeld, zowel voor verpleegkundige diagnostiek, verpleegkundige interventies als uitkomsten van zorg. Naar het oordeel van de ontwerpers zouden deze classificatiesystemen moeten leiden tot gewenst eenduidig taalgebruik onder verpleegkundigen, tot ondersteuning bij het klinisch redeneren en tot externe verantwoording van dat wat verpleegkundigen doen en bereiken, onder andere richting de verzekeraars. Het zou ook richting moeten geven aan het onderzoek in de verpleegkunde (Hamilton & Manias, 2006). Het classificatiesysteem van verpleegkundige diagnoses, de zogenaamde NANDA, omvat 616 pagina's. De classificatie van verpleegkundige uitkom-

sten kan in de Nursing Outcomes Classification worden teruggevonden, met een omvang van 776 pagina's. De Nursing Intervention Classification heeft in haar uitwerking tegen de 1000 pagina's nodig. Via taxonomieën wordt de verpleegkundige begeleid in het maken van haar keuzes vanuit deze vuistdikke boeken.

Naar mijn oordeel is hier sprake van quasi-professionaliteit onder het motto 'Een professie is geen professie als het geen eigen classificatiesystemen heeft'. Los van de vraag naar de wetenschappelijke validiteit van deze classificatiesystemen en klinische besluitvormingsprocedures, en de vraag naar de meerwaarde van deze systemen voor positieve patiëntuitkomsten, beide vragen kunnen in wetenschappelijke zin niet positief worden beantwoord, is de derde vraag of een dergelijk omvangrijk en complex systeem van classificaties en klinische besluitvorming ooit een goede weg zal vinden naar de klinische praktijk van de GGZ-verpleegkunde. Mij zijn geen plekken bekend waar deze systemen effectief zijn geïmplementeerd in de GGZ-verpleegkunde en aantoonbare kwaliteitswinst voor de patiënt hebben opgeleverd. Bovendien zijn er terechte zorgen dat gebruik van deze systemen juist ten koste gaat van de aandacht voor het cliëntperspectief (Hamilton & Manias, 2006). De genoemde bedenkingen lijken in strijd met de optimistische geluiden die juist hoorbaar zijn vanuit de aanhangers van deze classificatiesystemen (Tastan e.a., 2013), hetgeen de noodzaak tot debat hierover des te urgenter maakt. Naar mijn mening moeten we nadenken over bruikbare alternatieven voor de GGZ-verpleegkunde, in de vorm van meer ideografische, open-beschrijvende zorgdiagnostiek die beter aansluit bij de subjectieve realiteit en beleving van de patiënt dan de quasi-rationele nomothetische wijzen van diagnostiseren en interveniëren op basis van de genoemde classificatiesystemen (zie bijvoorbeeld Barker e.a. 1997).

Kleurrijke perspectieven

We moeten er bedacht op zijn dat we de juiste wegen inslaan in de GGZ-verpleegkunde. De GGZ-verpleegkunde is gebaat bij een kleurrijke invulling van het vakgebied, zowel ten aanzien van patiëntenzorg, onderwijs als onderzoek. De beide blikrichtingen van Janus op de werkelijkheid zijn van waarde. Het is een kwestie van het zoeken naar een goede balans. Daarover is debat en visievorming nodig.

Het kunnen binnentreden in de belevingswereld van de patiënt is van essentiële waarde voor goede kwaliteit van verpleegkundige zorg. Het biedt ons inzicht in de existentie van de persoon: in zijn motieven, doelen, waarden, mogelijkheden, beperkingen, angsten, stemmingen, percepties etcetera. Het is de erkenning van de subjectiviteit van de patiënt, zonder hier een normatief oordeel aan te verbinden.

Evenzeer is het nodig om bij gelegenheid de positie van toeschouwer, van buitenstaander, in te nemen, om van afstand en van buitenaf te analyseren hoe de situatie van de patiënt begrepen kan worden. Het is de meerwaarde van de analyserende verpleegkundige die helpt bij het creëren van duidelijkheid omtrent de problematiek daar waar de patiënt er zelf niet of moeilijk uit komt, die helpt bij het inventariseren van oplossingsrichtingen daar waar de patiënt geen mogelijkheden ziet, die helpt om met enige planmatigheid kleine of grote doelen te realiseren,

deze evalueert en in gezamenlijkheid bijstuurt. De GGZ-verpleegkundige erkent dat de veroorzakers, de instandhouders en de consequenties van psychiatrische stoornissen gevonden kunnen worden op het kleurrijke palet van biologische, psychische, sociale en zingevende factoren, waardoor theoretisch of praktisch reductionisme op voorhand al ongeloofwaardig is. Juist door de beide blikrichtingen van Janus op waarde te schatten en te verbinden kunnen we als GGZ-verpleegkundigen zowel patiënt-gerichte als maximaal effectieve zorg bieden.

Dat wat voor de patiëntenzorg geldt, geldt evenzeer voor het onderzoek in de GGZ-verpleegkunde. Wanneer het GGZ-verplegingswetenschappelijke onderzoek het predikaat 'patiënt-gericht' wil verdienen, dan dient het onderzoek ook daadwerkelijk patiënt-gericht te zijn.

Patiënt-gericht betekent hier dus niet enkel gericht op objectief waarneembare gedragingen, symptomen en functioneren 'aan de buitenkant', maar juist het verkrijgen van inzicht in complexe belevingen, problemen en behoeften van patiënten. Het perspectief 'van binnen uit' dus. Het spreekt voor zich dat deze complexiteit niet te vatten is in eenvoudig kwantificeerbare entiteiten, in getal en maat, of in vaststaande categorieën, maar dat deze complexiteiten vooral om een fenomenologische en interpretatieve benadering vragen, enkel te vangen in woorden en narratieven. De onderzoeker ontmoet de patiënt om dit verhaal zo helder en kleurrijk mogelijk in beeld te krijgen. Deze benadering is van essentiële waarde voor het verantwoorde ontwerp van verpleegkundige interventies. We hebben goede kwalitatieve wetenschappelijke onderzoeksmethoden tot onze beschikking om de belevings- en ervaringsperspectieven van patiënten adequaat in beeld te brengen. Het feit dat de subjectieve wereld van de patiënt het onderwerp van studie is, hoeft dus niets af te doen aan de objectiviteit van de methode en de geloofwaardigheid van de onderzoeksbevindingen.

In andere gevallen is het nuttiger dat de onderzoeker in de GGZ-verpleegkunde zich richt op aspecten die goed objectief meetbaar zijn, van buitenaf zo te zeggen, met instrumenten die het onderwerp van studie op valide en betrouwbare kwantitatieve wijze meten, bijvoorbeeld om associaties tussen variabelen te meten of om de effectiviteit van interventies vast te stellen, liefst via gerandomiseerd experimenteel onderzoek.

De complementariteit van beide onderzoeksrichtingen is evident en ze kunnen waardevol geïntegreerd worden in mixed methods-onderzoeksdesigns (Kettles e.a., 2011), waarin dus vraagstellingen van uiteenlopende aard beantwoord kunnen worden vanuit de beide wetenschapsfilosofische tradities en met pluriforme methodologische inzet. Er is geen reden om de ene traditie of methode als beter of waardevoller dan de andere af te schilderen, daarvoor hebben ze beide een te stevig wetenschapsfilosofisch fundament. Het is altijd de vraagstelling die bepaalt op welke wijze en via welke methoden het beste een antwoord op de gestelde vraag geboden kan worden. Het gaat steeds om de informativiteit van de onderzoeksbevindingen in relatie tot de vraagstelling, niet om de a priori superioriteit van een onderzoekstraditie, een methode of het type uitkomsten. De fixatie op een beperkt methodologisch arsenaal zou het onderzoek in de GGZ-verpleegkunde ernstig tekort doen. Zoals Maslow het uitdrukte: 'Als ons enige gereedschap een hamer is, is het verleidelijk om in alles een spijker te zien' (in: Klukhuhn, 2015).

Het onderzoeksprogramma GGZ-verpleegkunde

De start van ons onderzoeks- en innovatieprogramma GGZ-verpleegkunde is terug te herleiden tot het jaar 2003 toen aan de Hogeschool Inholland het lectoraat GGZ-verpleegkunde werd ingesteld. Het was onze opdracht om in samenwerking met het werkveld en andere kennisinstellingen praktijkgericht onderzoek te verrichten binnen het vakgebied van de GGZ-verpleegkunde dat bijdraagt aan kwaliteit van de patiëntenzorg en aan de kwaliteit van het onderwijs. Dit vakgebied hebben we steeds breed gedefinieerd: ook de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric rekenden we tot ons aandachtsgebied, in het bijzonder daar waar psychische en gedragsproblematiek aan de orde is binnen deze sectoren.

We hebben steeds gepoogd een centrum te zijn voor alle verpleegkundigen en verwante professionals met onderzoeksambities die zich aan deze doelstelling van ontwikkeling van het vakgebied van de GGZ-verpleegkunde wilden committeren.

We hebben over de afgelopen 12 jaren een groot aantal onderzoeken opgezet vanuit de beide geschetste wetenschappelijke tradities. Via kwalitatieve, beschrijvende en theorie-vormende onderzoeken wilden we diepgaand inzicht verkrijgen in de ervaringen, de problemen en zorgbehoeften van patiënten. Via kwantitatieve onderzoeken konden we ervaren problemen en zorgbehoeften van patiënten kwantificeren en prioriteren. We verrichtten ook onderzoek naar best-practices, ondermeer in topklinische voorzieningen waar specialistische verpleegkundige expertise beschikbaar was, met als doel om werkzame interventies voor de GGZ-verpleegkunde op het spoor te komen. De verkregen kennis uit de probleem-, behoeften- en best-practice-analyses werd (in combinatie met de kennis uit systematische literatuuronderzoeken) ingezet voor het ontwerp van richtlijnen en interventieprogramma's, die goed aansloten bij het perspectief van patiënten. Deze werden veelal eerst getest op bruikbaarheid in kleinschalige pilotstudies, om vervolgens grootschaliger op effectiviteit te worden onderzocht, gebruikmakend van experimentele en quasi-experimentele onderzoeksdesigns. Via deze variatie in methoden werden de twee blikrichtingen van Janus goed in het vizier gehouden.

De afgelopen jaren zijn 5 promoties afgerond, en momenteel zijn er 16 promotie-onderzoeken lopende waarbij lectoraat en leerstoel initiatiefnemer of deelnemer is. Deze worden uitgevoerd door docenten van de hogeschool en door externe onderzoekers. Dit jaar worden er vijf promotieonderzoeken afgerond. De onderzoeksactiviteiten hebben geleid tot rond de 100 internationale publicaties. We verzorgden nog veel meer publicaties in nationale wetenschappelijke en vaktijdschriften, en in boeken. De interventies en richtlijnen zijn uitgeschreven in handzame werkboeken, gereed voor gebruik in de alledaagse GGZ-praktijk. Hiermee hebben we de afgelopen jaren substantieel bijgedragen aan kennisontwikkeling en kenniscirculatie voor de GGZ-verpleegkundige praktijk (voor een overzicht: zie www.ggzverpleegkunde.nl).

Gezien de fase van academisering van de GGZ-verpleegkunde hebben we binnen de onderzoeksgroep een grote diversiteit aan onderzoeksthema's toegelaten. Vanwege het beperkte aantal verpleegkundigen met academische ambities en competenties was het niet opportuun

om op voorhand een nauw omschreven programma te lanceren waar iedereen zich naar zou moeten voegen. Dit zou onvoldoende hebben voldaan aan de vraag vanuit het GGZ-veld en de specifieke belangstelling van de desbetreffende onderzoekers. We zijn nu 12 jaar verder en zijn beland in een volgende fase van onderzoeksprogrammering.

Het onderzoek van de lectoraat en de leerstoel GGZ-verpleegkunde wordt uitgevoerd vanuit het profileringsthema ‘De Gezonde Samenleving’ van de Hogeschool Inholland en het programma ‘Mental Health’ van het EMGO Institute for Health and Care Research. Binnen het vakgebied van de verpleegkunde neemt het thema ‘zelfmanagement’ momenteel een centrale plek in, blijkend onder meer uit de prominente plaats die het inneemt binnen de recent ontwikkelde beroepsprofielen voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten (Stuurgroep verpleegkundigen en verzorgenden 2020, 2012). Ook kreeg het een centrale plaats binnen het onderzoeksprogramma Tussen Weten en Doen II dat door ZONMW is gelanceerd ter versterking van het onderzoek en de onderzoeksinfrastructuur binnen de verpleging en verzorging.

Zelfmanagement wordt in de nieuwe beroepsprofielen omschreven als *‘het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen, en, wanneer deze toch optreden: om te gaan met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en aanpassingen in leefstijl. Hierdoor is men in staat om de eigen gezondheidstoestand te monitoren en te reageren op een manier die bijdraagt aan een bevredigende kwaliteit van leven’*.

Deze definitie sluit uitstekend aan bij onze eerdere definiëring van het vakgebied van de GGZ-verpleegkunde.

De afgelopen jaren heeft het lectoraat en de leerstoel al veel aandacht aan het thema zelfmanagement gegeven, onder andere ten aanzien van de hantering van suïcidaal, zelfbeschadigend en agressief gedrag. We zien het ook terug in thema’s als terugvalpreventie bij psychose en terugvalpreventie bij anorexia nervosa, zijnde thema’s die in ons onderzoeksprogramma aandacht hebben of hebben gehad. We zien het thema zelfmanagement verder terugkomen in de zogenaamde ‘collaborative care’ interventies die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld binnen ons programma voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis en voor patiënten met een bipolaire stoornis. Het gaat hier om omvattende interventieprogramma’s met verschillende inhoudelijke behandelmodules, zoals Problem Solving Treatment, psycho-educatie, terugvalpreventie, crisis-management en medicatie-management. Dit soort programma’s zijn bijzonder interessant voor de GGZ-verpleegkunde, aangezien de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist een spilfunctie binnen deze programma’s innemen. Behalve dat ze verantwoordelijk zijn voor de inhoudelijke uitvoering van delen van deze programma’s, zijn ze ook verantwoordelijk voor goede coördinatie en continuïteit van zorg. De benodigde competenties hiertoe sluiten goed aan bij de verpleegkundige competenties zoals omschreven in de eerder genoemde beroepsprofielen voor verpleegkundige en verpleegkundig specialist. Tevens sluit het goed aan bij de innovaties die momenteel worden doorgevoerd in de verpleegkundige opleidingscurricula, in het bijzonder voor het HBO-onderwijs (Stuurgroep Bachelor of Nursing 2020). Bovengenoemde, aan zelfmanagement gerelateerde thema’s zullen de

komende jaren binnen leerstoel en lectoraat verder aandacht krijgen. Hierbij zal intensief worden samengewerkt met de Academische Werkplaats Herstel & Rehabilitatie van GGZ-Ingeest en met de Parnassia Groep.

Een voorbeeld van een inhoudelijk thema dat de komende jaren binnen de leerstoel en het lectoraat wordt geprioriteerd, waarbij zelfmanagement en elementen van collaborative care samenkomen, betreft de aandacht voor de somatische gezondheid en leefstijl van patiënten met een ernstige psychische aandoening. Recent zijn twee multidisciplinaire richtlijnen voor somatische screening en toepassing van leefstijlinterventies vrijgegeven (Meeuwissen e.a. 2015a; Meeuwissen e.a. 2015b), waarin de verpleegkundige een spilpositie krijgt toebedeeld. De aanbevelingen van de richtlijnen zijn vertaald naar concrete instrumenten en methodieken, waarmee de verpleegkundige meteen aan de slag kan in multidisciplinair samenwerkingsverband, en waarbij aanvullende e-health en e-learning is ontwikkeld ten behoeve van effectieve implementatie. We doen momenteel onderzoek naar de implementatie van deze richtlijnen en we willen een eerste indicatie krijgen van effecten van deze implementatie. Hier liggen grote kansen voor de GGZ-verpleegkundigen om verantwoordelijkheid te nemen en het verschil te maken ten aanzien van lichamelijke gezondheidsbevordering van de patiënt met een ernstige psychische aandoening.

In toekomstig onderzoek gaan we onze aandacht verschuiven naar meer gerandomiseerde effectstudies, opdat de meerwaarde van de GGZ-verpleegkundige inbreng in de behandeling kan worden geobjectiveerd. Dit zal tot gevolg hebben dat er, bij gebleken effectiviteit, meer verpleegkundige interventies een plek kunnen krijgen binnen de multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. Maar we blijven vanzelfsprekend trouw aan ons uitgangspunt dat kwalitatieve aandacht voor de beleving, problemen en behoeften van patiënten van essentiële waarde is voor een verantwoorde ontwikkeling en volledige toetsing van GGZ-verpleegkundige interventies. Door goed opgezette en uitgebalanceerde mixed methods studies kunnen we maximaal bijdragen aan de kennisontwikkeling in de GGZ-verpleegkunde.

Dit alles zal gepaard gaan met de verdere uitbouw van een verpleegkundige onderzoeksinfrastructuur in de Amsterdamse regio, zowel voor de GGZ- als de AGZ-verpleegkunde, waaraan in ieder geval deelnemen de hogeschool Inholland, het VU medisch centrum, de Vrije Universiteit, de Hogeschool van Amsterdam, het AMC en de Universiteit van Amsterdam. Binnen deze onderzoeksinfrastructuur kan naar verwachting een toekomstbestendig onderzoeksprogramma voor de verpleegkunde worden opgezet.

Dankwoord

Er is te veel niet gezegd tijdens deze oratie. Zo heb ik niet kunnen verwijzen naar Florence Nightingale, die als moedige vrouw in een door mannen gedomineerde medische en politieke wereld haar plek verwierf als verpleegkundige en in de 19de eeuw de fundamenteën legde voor de moderne academische verpleegkunde. De subtitel van deze oratie is een verwijzing en een eerbetoon aan haar (Nightingale, 1859).

Ik heb ook niet kunnen verwijzen naar Hildegard Peplau, die in de 20ste eeuw als ‘moeder van de GGZ-verpleegkunde’ met haar Interpersonal Theory of Nursing de pijlers de grond in sloeg voor een GGZ-verpleegkunde die de interpersoonlijke relatie tussen patiënt en verpleegkundige centraal stelde (Peplau, 1952). Veel van wat wij heden ten dage belangrijk vinden en opnieuw weer uitvinden, is in haar werk al terug te vinden.

Ik heb zelfs mijn leermeester professor Mieke Grypdonck geen recht kunnen doen, die onvermoeibaar en vaak tegen de stroom in het belevingsperspectief van de patiënt bleef benadrukken voor de verplegingswetenschap en voor een humane gezondheidszorg (Grypdonck, 1999).

We zijn hen schatplichtig omdat zij de essentie van het vakgebied van de verpleegkunde tot ontwikkeling brachten.

Per 1 oktober 2014 ben ik tot de eerste hoogleraar in de GGZ-verpleegkunde in Nederland benoemd. Deze eer is mij bijna te groot en - zoals dat gaat met veranderingen die de mens doormaakt - overspoelt de onzekerheid mij soms en vraag ik mij af of ik deze eer waar kan maken. Dan zoek ik de steun bij de mensen die hun vertrouwen in mij hebben uitgesproken en die deze leerstoel mogelijk hebben gemaakt.

Mijn dank gaat uit naar de Colleges van Bestuur van de Hogeschool Inholland en de Vrije Universiteit, en naar de Raad van Bestuur van het VU Medisch Centrum, die het belang inzagen van deze leerstoel en hun bestuurlijke steun eraan gaven.

Binnen de hogeschool hebt ik steeds de steun gekregen van Drs. Marij Urlings en Drs. Heleen Jumelet, directeurs van het domein Gezondheid, Sport & Welzijn, die inzagen hoe de alliantie tussen hogeschool en universiteit meerwaarde biedt voor de academisering en professionalisering van het vakgebied van de GGZ-verpleegkunde.

Dank ook aan dr. Rita van der Hem, die als clustermanager Nursing steeds weer bereid was om haar schouders eronder te zetten om de totstandkoming van de leerstoel te ondersteunen. Dank ook aan alle medewerkers van de hogeschool voor de samenwerking van de afgelopen jaren.

Binnen het VUmc ben in dank verschuldigd aan de voormalige en de huidige decaan, respectievelijk de professoren Wim Stalman en Hans Brug die hun steun gaven en geven aan de leerstoel. Dank ook aan professor Eco de Geus wiens support als directeur van het EMGO-instituut onmisbaar is voor deze leerstoel. Professor Aartjan Beekman, ik heb veel aan u te danken vanuit uw functie als hoofd van de afdeling Psychiatrie van het VUmc, maar meer nog in persoonlijke zin vanwege het onnavolgbare enthousiasme, de openheid en gedrevenheid

waarmee u leiding geeft aan het onderzoek op de afdeling. Ik zie uit naar onze toekomstige samenwerking. Bijzondere dank ook voor professor Jan Smit die als onderzoeksdirecteur van de afdeling altijd klaar staat voor advies en ondersteuning. Ik ben verder professor Joost Dekker dankbaar voor de doortastende wijze waarop hij een aantal jaren geleden invulling gaf aan de Pilot Onderzoek Gezondheidszorg, waarmee de samenwerking tussen lectoraat, universiteit en GGZ-ingeest tot stand kwam, en die met 5 promotieprojecten een belangrijke stimulans heeft betekend voor ons onderzoeksprogramma. Ik verheug mij verder op de continuering van de samenwerking met professor Anneke Francke, mijn gewaardeerde collega binnen het vakgebied van verpleging en verzorging binnen het VUmc. Ik ben ervan overtuigd dat we iets moois neer gaan zetten de komende jaren. Ditzelfde geldt voor de samenwerking met dr. Barbara Stringer, hoofd van de Academische Werkplaats Herstel & Rehabilitatie van GGZ-Ingeest. Ik hoop samen met jou nog veel bij te kunnen dragen aan het herstel van de patiënten voor wie wij zorg dragen.

Verder dank aan alle collega's binnen de afdeling Psychiatrie van het VUmc en de onderzoeksafdeling van GGZ-Ingeest voor de hartelijke ontvangst en de immer aanwezige bereidheid tot ondersteuning.

De leerstoel GGZ-verpleegkunde is mede tot stand gekomen met de steun van de Parnassia Groep waar ik één dag in de week werkzaam ben. Ik dank de Raad van Bestuur van de Parnassia Groep voor deze steun. In het bijzonder dank ik dr. Rob Koning en professor Wijbrand Hoek, respectievelijk decaan en directeur van de Parnassia Academie, voor de continue aandacht die zij geven aan de professionele en academische ontwikkeling van de verpleegkundige discipline. Bijzondere dank gaat uit naar drs. Robert Meijburg, verpleegkundig opleider binnen de Parnassia Groep, en collega Ronald Touw, voorzitter van de Verpleegkundige Adviesraad aldaar, voor de goede samenwerking en het excellente leiderschap dat jullie binnen deze organisatie laten zien. Dank aan alle medewerkers van de Parnassia Academie en de Parnassia Groep voor de gastvrije ontvangst en de goede samenwerking.

Ook de Stichting Opleidingsinstelling GGZ-Verpleegkundig Specialisten ben ik dank verschuldigd, in het bijzonder de directeur drs. Rob Bakker en de hoofdopleiders drs. Wim Houtjes en drs. Diana Polhuis. Ik zie uit naar onze structurele samenwerking in de toekomst voor het gezamenlijk opzetten van onderzoeksprojecten.

Ook dank aan alle collega's van andere universiteiten, hogescholen, kennisinstituten en gezondheidszorgorganisaties met wie het lectoraat en de leerstoel productief en plezierig samenwerkt.

Een welgemeend en speciaal dankwoord is bestemd voor de heer Peter Koopman die al vele decennia lang met hart en ziel de GGZ-verpleegkunde stut en steunt en mij met regelmaat de weg wees die ik zou kunnen bewandelen.

En dank aan drs. Johan Lambregts omdat ik altijd bij hem aan kon kloppen voor praktische en emotionele steun. En als ik niet bij hem aanklopte, dan deed hij het wel bij mij. Ik ben je dankbaar.

Mijn beste collega's van de onderzoeksgroep GGZ-verpleegkunde. Wat zou er bereikt zijn zonder jullie? We hebben in gezamenlijkheid en met heel hard werken een mooie onderzoekslijn opgezet waar we als collectief heel trots op mogen zijn. Ik sta hier vandaag namens jullie, want jullie waren de afgelopen jaren de bouwers van deze leerstoel. Deze leerstoel is van jullie.

Dank aan Lotte Seijsener en Sharmila Belesar voor de geweldige management-ondersteuning van het lectoraat en de leerstoel.

Dank aan mijn familie, schoonfamilie en vrienden, dat jullie er vandaag zijn en voor jullie steun. Mijn ouders kunnen dit moment helaas niet meer meemaken. Des te blijer ben ik dat mijn schoonouders er in goede gezondheid bij zijn vandaag. Dank voor de leerstoel des levens die jullie mij onbedoeld, maar zeer welwillend bieden.

Mijn lieve zoons Sam, Tom en Bob. Wat ben ik grenzeloos trots op jullie en blij dat jullie in mijn leven zijn. Jullie maken mijn dag weer vandaag! Lieve Anouk, Imke en Belle, wat hebben mijn zoons een goede smaak! En wat mooi dat jullie deze dag samen met ons willen vieren. Mijn lieve zoon Bartje, je bent er niet bij vandaag, want je bent pas 1 jaar en 2 maanden. Een mooiere toegift dan jij kan ik mij niet bedenken in mijn leven.

Lieve Tamara, jij vindt iedere dag de liefde weer uit, dus ik blijf nog lang (en liefst nog langer).

Ik heb gezegd.

Literatuur

Adams, J. (2014). The nursing role in the use of insulin coma therapy for schizophrenia in Britain, 1936-1965. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 2086-2094.

Barker, P.J. (1997). *Assessment in psychiatric and mental health nursing. In search of the whole person*. Cheltenham, Stanley Thornes Publishers Ltd.

Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(3), 79-87.

Gastmans, C. (1998). Interpersonal relations in nursing: a philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1312-1319.

Grypdonck, M. (1999). *Het leven boven de ziekte uittillen*. Utrecht, Thieme Meulenhof.

Hamilton, B. & Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off': a critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(2), 84-92.

Hercelinskyj, G., Cruickshank, M., Brown, P., & Phillips, B. (2014). Perceptions from the front line: professional identity in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 24-32.

Hopton, J. (1997). Towards a critical theory of mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 492-500.

Kettles, A. M., Creswell, J. W., & Zhang, W. (2011). Mixed methods research in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 535-542.

Klukhuhn, A. (2008). *Alle mensen heten Janus. Het verbond tussen filosofie, wetenschap, kunst en godsdienst*. Amsterdam, Uitgeverij Bert Bakker.

Klukhuhn, A. (2013). *De algehele geschiedenis van het denken. Of het verbond tussen filosofie, wetenschap, kunst en godsdienst*. Amsterdam, Uitgeverij Bert Bakker.

Klukhuhn, A. (2015). *Over de grenzen van de rede*. Amsterdam, Prometheus - Bert Bakker.

Koekkoek, B., Van Meijel, B., Schene, A., & Hutschemaekers, G. (2009). Community psychiatric nursing in the Netherlands: a survey of a thriving but threatened profession. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 822-828.

Lakeman, R. (2012). What is good mental health nursing? A survey of Irish nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(3), 225-231.

McCabe, S. (2002). The nature of psychiatric nursing: the intersection of paradigm, evolution, and history. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(2), 51-60.

Meeuwissen JAC, Meijel B van, Piere M van, Bak M, Bakkenes M, Kellen D van der, Hamersveld S van, Gool R van, Dermout K, Feldmann CT, Risseeuw AH, Wijtsma-van der Kolk A, Vuuren I van, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van en Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015a). Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.

Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van, Hamersveld S van, Bakkenes M, Risseeuw AH, Feldmann CT, Wijtsma-van der Kolk A, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Vuuren I van, Bak M, Dermout K, Piere M van, Kellen D van der, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van en Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015b). Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN

Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What it is, and what it is not*. London, Harrison, 59, Pall Mall.

Peplau, H. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing*. London, G.P. Putnam's Sons.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.

Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York, John Wiley.

Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (2012). *Eindrapport V&V 2020: Leren van de toekomst*. Utrecht, V&VN.

Stuurgroep Bachelor of Nursing 2020 (2015). *Bachelor Nursing 2020. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*. Utrecht, Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV).

Tastan, S., Linch, G.C., Keenan, G.M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., Lopez, K.D., Yao, Y., & Wilkie, D.J. (2013). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1160-1170.

Curriculum vitae

Na voltooiing van mijn VWO-Atheneum-opleiding studeerde ik korte tijd economie aan de Universiteit van Gent. Deze korte tijd was voldoende om te concluderen dat een meer mensgeoriënteerde opleiding meer aan mijn wensen en verwachtingen zou voldoen, hetgeen mij deed besluiten de inservice-opleiding tot A-verpleegkundige te volgen. Ik deed dit in het Streekziekenhuis Noord-oost Twente te Oldenzaal waar ik ook mijn diploma behaalde. Vanwege mijn behoefte aan meer theoretische verdieping schreef ik mij vervolgens in voor de verkorte opleiding HBO-Verpleegkunde aan de toenmalige Hogeschool Sittard. Daar ontwikkelde zich een bijzondere belangstelling voor de vakgebieden van de psychologie, de sociologie en de filosofie. Ik besloot tot een universitaire vervolgopleiding en (vanwege mijn onvermogen tot kiezen) besloot ik de opleiding Algemene Sociale Wetenschappen (ASW) te volgen aan de Universiteit Utrecht, met als differentiatie Gezondheidsstudies. Gelijktijdig werkte ik als GGZ-verpleegkundige op een afdeling voor klinische psychotherapie (divisie Psychiatrie) in het toenmalige Academisch Ziekenhuis Utrecht (nu UMC-Utrecht). Ten behoeve van mijn ASW-studie deed ik, onder begeleiding van prof. dr. Jaap van Weeghel, een afstudeerstage bij het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (het huidige Trimbos-instituut), met als afstudeerthema 'Evaluatie van beleid ten aanzien van arbeidsrehabilitatie en dagbesteding in Nederland'. Na afstuderen maakte ik de overstap van het UMC-Utrecht naar het Trimbos-instituut om daar gedurende een jaar als junior-onderzoeker werkzaam te zijn. De mogelijkheid deed zich toen voor om aangesteld te worden als stafmedewerker verpleegkundige zaken van de Raad van Bestuur van het UMC-Utrecht. Een van de opdrachten was om verder beleid te formuleren ten aanzien van de ontwikkeling van de verplegingswetenschap binnen het academische ziekenhuis, waarvoor prof. dr. Mieke Grypdonck en prof. dr. Lillie Shortridge-Baggett de wetenschappelijke verantwoordelijkheid droegen. Na afronding van deze opdracht werd mij de mogelijkheid geboden tot het opzetten van een eigen promotie-onderzoek op het gebied van de verpleegkundige zorg aan patiënten met schizofrenie, dit onder supervisie van prof. dr. Mieke Grypdonck en prof. dr. René Kahn. Later werd prof. dr. Mark van der Gaag aan het begeleidingsteam toegevoegd. Tijdens het promotie-onderzoek werkte ik ook gedurende vier jaren als docent verpleegkunde en psychiatrie aan de Hogeschool van Amsterdam. Na afronding van mijn proefschrift in 2003, met als thema 'Terugvalpreventie bij patiënten met schizofrenie: het werken met signaleringsplannen', solliciteerde ik als lector GGZ-verpleegkunde aan de Hogeschool Inholland, alwaar ik werd aangenomen voor deze functie. Deze aanstelling combineerde ik tot 2007 met de functie van senior-onderzoeker/onderzoekscoördinator bij de afdeling Verplegingswetenschap van het UMC-Utrecht, waarna ik de volledige overstap maakte naar de Hogeschool Inholland. Ik werk nu tevens 1 dag in de week bij de Parnassia Groep.

Per 1 oktober 2014 ben ik benoemd tot bijzonder hoogleraar GGZ-verpleegkunde bij de afdeling Psychiatrie van het VU-medisch centrum.

Meer informatie over lectoraat en leerstoel kunt u vinden via de website www.ggzverpleegkunde.nl

