

Basismodule 4

Herstelondersteunende zorg

Basismodule 4 Herstelondersteunende zorg

Inleiding

In deze module staan de begrippen herstelondersteuning en herstelondersteunende zorg centraal. Herstelondersteunende zorg kan niet zonder de inzet van ervaringsdeskundigheid. Een goed begrip van herstelondersteunende zorg is nodig om te begrijpen waarom en op welke manier zij aan elkaar verbonden zijn. In deze module wordt eerst ingegaan op de theorievorming rond herstelondersteunende zorg. Hierbij wordt aandacht besteed aan de omschrijving van herstelondersteunende zorg, de kenmerken van herstelondersteuning, de uitdagingen in de huidige praktijk en de rol van ervaringsdeskundigen. Daarna volgen oefeningen om de eigen ervaringen met de zorg met anderen te delen en wordt een link gelegd naar de competenties en dilemma's in het werk als ervaringsdeskundige.

Opzet en doelstellingen module

Het doel van de module is dat leerlingen/studenten:

- De concepten rond herstelondersteunende zorg kennen en deze kunnen koppelen aan de praktijk en aan eigen ervaringen;
- Weten waarin herstelondersteunende zorg zich onderscheidt van de gangbare hulpverleningspraktijk;
- In staat zijn om hun eigen ervaringen met de zorg te delen met anderen;
- Kunnen reflecteren op hun eigen ervaringen met de zorg en anderen op een constructieve manier feedback kunnen geven.

Theorie

Wat is herstelondersteunende zorg?

Herstelondersteunende zorg is zorg die het persoonlijke en brede herstelproces van cliënten ondersteunt. Zij richt zich niet alleen op het behandelen van ziekte en problemen maar ook op het hervinden van zin in het leven en van betekenisvolle rollen in de samenleving. Dat is niet gemakkelijk en niet vanzelfsprekend. Herstel is een zeer persoonlijk proces dat zich niet laat plannen en waarvan de uitkomst bij voorbaat ongewis is. Zo persoonlijk als het proces is, zo persoonlijk moet de ondersteuning zijn. Soms zijn er heldere doelen waar je met goede ondersteuning recht op af kunt. Soms bestaat goede ondersteuning uit alleen maar luisteren en het accepteren van onzekerheid en pijn. Juist dat kan de ruimte voor herstel bieden (zie www.herstelondersteuning.nl).

"Veel mensen vinden het beangstigend om gewoon wat tijd door te brengen bij mensen die enorm lijden. Mensen met zielensmart schreeuwen het uit. Zelfs als zij totaal stil zijn, kan je ze het horen uitschreeuwen. En dat geluid kan de kwetsbaarheid raken die elk mens in zich heeft. Ieder van ons, ongeacht zijn maatschappelijke positie, heeft die kwetsbaarheid in zich. Dat maakt samenzijn met iemand als jij riskant. En dat is de reden dat hulpverleners het zo druk hebben en geen tijd om gewoon bij je te zijn. Natuurlijk, zij doen hun werk. Maar het is ook waar dat 'druk bezig blijven' de angst onder controle houdt, waardoor afstand kan worden bewaard van wat jouw lijden in hen oproept."
Patricia Deegan (1993).

In de praktijk zal de ontwikkeling naar meer herstelondersteunende zorg vooral ingrijpen in de directe relatie tussen cliënt en hulpverlener (al zal hiervoor ook een verandering in de organisatie van de zorg noodzakelijk zijn). Hierbij ligt het accent vooral op de houding van de hulpverlener en het contact tussen cliënt en hulpverlener. Dröes en Plooy (2010) noemen in dit verband de volgende elementen van herstelondersteunende zorg (gebaseerd op Boevink e.a., 2009):

De hulpverlener:

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

Deze elementen hangen nauw met elkaar samen en moeten ruimte bieden aan het herstelproces van de cliënt. De cliënt en het eigen herstelproces zijn altijd leidend. Dit maakt echter een proactieve houding bij professionals niet onmogelijk. Integendeel, hun rol hierbij is uitermate belangrijk. Door goed aan te sluiten bij de cliënt kunnen herstelprocessen niet alleen worden ondersteund, maar ook worden aangewakkerd. Dit kunnen hulpverleners doen door dicht bij cliënten te blijven, vertrouwen te geven en vooral door ruimte te scheppen. Hierbij zijn een luisterend oor en een helpende hand nodig, maar ook het onderkennen van noodsituaties waarin steunend kan worden opgetreden. In ieder geval is het van groot belang om voortdurend respect te tonen voor het herstelproces van cliënten: zij moeten zelf het voortouw nemen en houden of in staat worden gesteld om het voortouw weer in handen te krijgen (Van Hoof e.a., 2014).

Kenmerken van herstelondersteuning

Herstelondersteunende zorg betreft dus in de eerste plaats een andere rol en basishouding van de hulpverlener. Die rol is niet meer primair die van interveniërende deskundige maar die van betrokken ondersteuner of coach. Het gaat niet meer om zorgen vóór maar om het faciliteren en ondersteunen ván. De leefwereld, het levensverhaal, de wensen en prioriteiten van cliënten en hun eigen krachten en ervaringskennis zijn dan ook leidend. Hulpverleners zoeken met cliënten naar die aspiraties, krachten en hulpbronnen en proberen die samen met hen aan te boren. Daarbij maakt de hulpverlener ook gebruik van zijn professionele kennis, maar nooit op de voorgrond en altijd dienstbaar aan het herstelproces van de cliënt (Van Hoof e.a., 2014).

Kenmerkend voor herstelondersteunende zorg is ook een meer gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en cliënt, waarbij - naast de beschikbare professionele kennis - de persoonlijke kennis, ervaringen en vaardigheden van zowel cliënt als hulpverlener een belangrijke en gelijkwaardige rol spelen. Herstelprocessen zijn per definitie persoonlijke processen. En ook van de zijde van de hulpverlener komen persoonlijke ervaringen, inschattingen en vaardigheden meer op de voorgrond te staan. Met name in de zogeheten presentiebenadering wordt het belang van persoonlijke aanwezigheid

benadrukt. 'Er zijn voor de ander', persoonlijke betrokkenheid, nabijheid en trouw zijn volgens deze benadering cruciale elementen van herstelondersteunende zorg, meer nog dan het samen werken aan concrete doelen (Baart, 2001).

Ten slotte is ook de inrichting van de organisatie bepalend voor herstelondersteunende zorg. Willen hulpverleners en ervaringsdeskundigen de mogelijkheden krijgen om - met anderen - cliënten beter bij hun herstel te ondersteunen, dan zullen daar in de organisatie de voorwaarden voor gecreëerd moeten worden. Maar de organisatorische omslag is breder: het gaat erom de hele organisatie van de zorg dienstbaar en ondersteunend te maken aan wat cliënten nodig hebben, dus ook de organisatie van de toegang van zorg, het mogelijk maken van keuzes door cliënten voor de best passende zorg en zorgen voor een goede match met hulpverleners. Kortom, niet de organisatie is bepalend wanneer en hoe een cliënt toegang krijgt, maar de voorkeuren en wensen van cliënten sturen dat proces. Dit houdt in dat het bieden van herstelondersteunende zorg ook vanuit de organisatie moet worden gefaciliteerd en gestimuleerd. Dat wil zeggen vanuit werkprocedures, functieprofielen, wervings- en selectieprocedures, procedures voor supervisie, voorzieningenplanning, methoden van zorgevaluatie, externe en interne communicatie, werkwijzen van ondersteunende diensten, etc. 'Practice what you preach' geldt voor de hele organisatie (De Haan, 2013). Naast bovengenoemde maatregelen is ook het faciliteren van de uitwisseling van kennis, visies, ideeën en ervaringen cruciaal voor een herstelondersteunende instelling. Doordat een groter beroep wordt gedaan op de persoonlijke inbreng van hulpverleners, zal hun behoefte aan onderlinge uitwisseling en reflectie naar verwachting eveneens gaan toenemen (Van Hoof e.a., 2014).

Implementatie en belemmeringen van herstelondersteunende zorg

Uitdagingen in de huidige praktijk

De invoering van herstelondersteunende zorg in de dagelijkse praktijk blijkt niet eenvoudig te zijn. Naast praktische en financiële belemmeringen zijn er enkele meer fundamentele uitdagingen.

De eerste uitdaging is dat het denken en handelen binnen de GGz en de verslavingszorg van oudsher gebaseerd is op een medisch denkmodel. Hoewel dit model veel goeds heeft opgeleverd, zijn er ook nadelen aan verbonden. Zo wordt de context van de aandoening te veel buiten beschouwing gelaten, worden onderdelen van de problematiek te geïsoleerd benaderd en wordt de cliënt soms te snel gereduceerd tot zijn 'ziekte'. Hierbij is vaak te weinig oog voor de wensen en eigen ervaringen van cliënten en voor ondersteuning bij participatie.

*'Voor velen onder ons is het niet vanzelfsprekend om mensen die leven met een langdurige psychische kwetsbaarheid in de eerste plaats als mens, burger, wijkbewoner en buur te ervaren. We zien eerder het ziektebeeld - en dus een patiënt - dan de mens. Dat is kil en werkt vervreemdend voor de mensen om wie het gaat. De ervarings- en levensverhalen van mensen met een langdurige psychische kwetsbaarheid zetten aan tot nadenken en leidt tot de vraag: Hoe kunnen wij in alle situaties het leven dat psychisch kwetsbare mensen graag leiden voorop zetten en niet hun ziekte?'
(www.herstelondersteuning.nl)*

'De herstelbeweging is ontstaan vanuit kritiek op de overheersende 'negatieve' benadering van mensen met een psychische aandoening en kritiek op de vereenzelviging van de persoon met de stoornis. Zodra iemand een diagnose krijgt wordt dat ervaren als een stigma, en zo werkt het maatschappelijk ook door. Mensen met een verslaving worden als 'verslaafden' gelabeld, terwijl ze naast hun verslaving nog vele andere identiteiten hebben (al weerspreekt dit niet dat in een ernstige chronische verslavingsgeschiedenis forse inperkingen kunnen plaatsvinden)' (Van der Stel & Van Gool, 2013).

Vooraf het gebruik van DSM-classificaties (5) wordt als herstelbelemmerend beschouwd. Argumenten daarbij zijn dat de diagnoses te statisch en inhoudelijk beperkt zijn, dat het complexe psychische en verslavingsproblematiek versimpelt en dat het daarmee het blikveld van hulpverlener en cliënt versmalt. Ook laten de diagnoses weinig ruimte voor interpretaties en ervaringen van cliënten zelf en wordt geen aandacht besteed aan het herstellend potentieel van mensen met psychische aandoeningen zelf (Van Os, 2014; Van Hoof e.a., 2014). Dit betekent niet dat het medische model onbruikbaar is. Wel zouden de behandelingen en andere interventies veel gericht kunnen worden ingezet om herstelprocessen van mensen met psychische aandoeningen te ondersteunen. Het ideaal is dat herstelgerichte zorg centraal staat en het medisch model daar een onderdeel van is, nu is het anders om (Davidson e.a., 2010; Van Hoof e.a., 2014).

Een tweede uitdaging ligt in het feit dat herstelondersteunende zorg niet alleen een kwestie is van nieuwe methodieken en instrumenten, maar ook ingrijpt op de aard van de hulpverleningsrelatie zelf. Dat doet een sterk beroep op de professionele én persoonlijke capaciteiten van de hulpverleners. De uitdaging voor hulpverleners is om in te zetten op een meer gelijkwaardig en persoonlijk contact met de cliënt, en om te gaan met het vaak grillige verloop van herstelprocessen van cliënten. De uitdaging is daarbij om niet alleen af te gaan op de eigen professionele kennis, maar ook op meer persoonlijke kennis, ervaringen en vaardigheden van zowel de cliënt als de hulpverlener. Onderschatting van de nieuwe eisen die herstelondersteunende zorg aan hulpverleners stelt, is dan ook een van de grootste belemmeringen voor een succesvolle implementatie.

Rol van ervaringsdeskundigen

In de inleiding gaven we al aan dat de inzet en expertise van ervaringsdeskundigen belangrijk is voor de inrichting van herstelondersteunende zorg (en omgekeerd). Het belangrijkste argument daarbij is dat met de inzet van ervaringsdeskundigheid ook het besef meekomt dat mensen het vermogen hebben om te herstellen en dat anderen dat kunnen ondersteunen. Tegelijk kunnen ervaringsdeskundigen de vinger leggen op die processen, denkbeelden en opvattingen in de instellingen die juist als herstelbelemmerend of stigmatiserend worden ervaren. Daarom wordt gepleit voor het op grote schaal aanstellen van ervaringsdeskundigen op alle niveaus van de organisatie. Hierbij kunnen ervaringsdeskundigen verschillende rollen vervullen: als rolmodel, als 'luis in de pels', als veranderaar, als bruggenbouwer tussen cliënten en hulpverleners en als bondgenoot van cliënten (Boertien & Van Bakel, 2012). Dit betekent dat ervaringsdeskundigen vanuit een breed scala aan functies en posities binnen instellingen kunnen opereren: in de primaire hulpverlening, in de deskundigheidsbevordering van medewerkers, in voorlichting en communicatie, als coach of adviseur en in beleids- of bestuursfuncties.

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen.

Opdracht

Lees het artikel Herstelondermijnende reflexen van Van Wel e.a. (2014).

- Waarom is het volgens de auteurs zo lastig voor ggz-hulpverleners om herstelondersteunend te werken?
- Zij stellen vier manieren voor om alert te blijven op herstelondermijnende reflexen, waaronder het afwijken van de voorkeur van de cliënt. Welke argumenten worden hiervoor gegeven? Wat vind je van de voorgestelde procedure? Bespreek dit met elkaar in de groep.

Ervaringen met de zorg

Een diagnosevrije ruimte

Om de vrije herstelruimte van cliënten te kunnen versterken, moeten andere betekeniskaders minder nadruk krijgen. Dit geldt voor het medische kader dat aan de individuele ervaringen een diagnose toekent. Het vinden van eigen vrije ruimte vraagt dan ook om een diagnosevrije ruimte. Diagnoses worden gesteld op grond van overeenkomsten in ervaringen waarin geen plaats is voor de unieke facetten van de eigen (onbenoembare) beleving. In herstel staan juist deze facetten centraal. Daardoor wordt de diagnose minder belangrijk en treedt het eigen verhaal op de voorgrond. Vrije ruimte betekent de vrijheid om binnen de bestaande machtsverhoudingen de bakens te verzetten en ruimte te maken voor kracht en invloed van mensen met een psychiatrische achtergrond (zie Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid).

Opdracht

Basisopdracht

Kun je in je eigen woorden omschrijven wat een diagnosevrije ruimte inhoudt? Waarom heet het 'diagnosevrij'?

Verdiepende opdracht

Bekijk de uitzending 'De Bijbel van de psychiatrie' van VPRO's Labyrinth van zondag 7 april 2013 op YouTube (www.youtube.com/watch?v=7UwjnYq8JNw).

In de uitzending wordt Allen Frances, een Amerikaans psychiater die heeft meegewerkt aan de totstandkoming van de DSM-4, geïnterviewd. Hij is bang voor 'valse epidemieën' van nieuwe stoornissen met de bijbehorende medicalisering. Ook komt de Nederlandse psychiater Jim van Os aan het woord. Hij vindt dat de DSM zou moeten verdwijnen in zijn huidige vorm. Met alle types en subtypes verdwaaft de psychiatrie in een woud van diagnoses. Ze doen de patiënt geen recht en is er niet altijd een wetenschappelijke basis voor. Van Os maakte deel uit van het selecte gezelschap van psychiaters en psychologen dat de DSM-5 samenstelde. Hier pleitte hij, zonder resultaat, voor een compleet nieuw systeem waarbij wordt gescoord op dimensies van symptomen. Wilma Boevink, ervaringsdeskundige en sociaal wetenschapper vertelt over haar behandeling, die alleen maar uit medicatie bestond, gebaseerd op diagnoses zonder de oorzaak in haar jeugdtrauma's aan te pakken.

Opdracht

Wat zijn volgens jou de belangrijkste bezwaren tegen diagnoses?
Waarom heeft het werken volgens de DSM het herstel van Wilma Boevink belemmerd?
Wat zou wel hebben geholpen volgens jou en waarom denk je dat?

Eigen ervaringen met de zorg

In deze module staat de hulpverlening binnen de GGz en meer specifiek de relatie tussen cliënt en hulpverlener centraal. Uit de herstelverhalen van cliënten komt naar voren dat de ervaringen met de hulpverlening sterk kunnen verschillen. Sommigen hebben vooral positieve ervaringen met de behandeling, begeleiding en bejegening, anderen vooral negatieve ervaringen.

Opdracht

Wat zijn jouw ervaringen met de hulpverlening binnen de GGz en/of verslavingszorg?
Bespreek dit in tweetallen.

- Maak tweetallen. Er een luisteraar en een verteller.
- Vertel over je ervaringen met de hulpverlening binnen en buiten de GGz. Wat waren je positieve ervaringen?
- Vertel wat voor jou herstelbevorderend was en wat juist herstelbelemmerend was. De luisteraar luistert vooral en vult niet in! Af en toe een vraag mag wel.
- Wissel van rol.
- Wissel ervaringen met elkaar uit. Wat herken je in het verhaal van de ander en wat zijn eventuele verschillen? Let er op dat je hierbij gebruik maakt van de sterke punten van de ander en dat je reactie steunend en positief van toon is.

Generieke competenties

Zoals in eerdere modules al aan de orde kwam vraagt het uitwisselen van ervaringen, in dit geval de ervaringen met de zorg, bepaalde vaardigheden of competenties. We zagen dat een competentie kan worden omschreven als 'een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, houding en persoonlijke eigenschappen waarmee op adequate wijze adequate resultaten kunnen worden behaald in een beroepscontext'.

De competenties voor een ervaringsdeskundige worden beschreven in het *Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid*. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen *generieke en specifieke* competenties. Generieke competenties zijn nodig om alle kerntaken van een ervaringsdeskundige te kunnen uitvoeren, specifieke competenties zijn nodig om specifieke taken te kunnen uitvoeren. In de basismodules worden de generieke competenties van ervaringsdeskundigen besproken. De overkoepelende competentie is:

Ervaringsdeskundigheid in kunnen zetten en herstel kunnen faciliteren.

De volgende generieke competenties ondersteunen dit:

- Begrip van en vertrouwen hebben in herstel
- Oordeelloos luisteren
- Betekenisgeving kritisch en open kunnen bezien
- Reflectie en introspectie
- Wederkerige inbreng met respect voor verschil
- Flexibel met grenzen omgaan
- Niet-medisch taalgebruik
- Begrip van en voor conflicten

In deze basismodule Herstelondersteunende zorg komen twee competenties aan bod, namelijk 'niet-medisch taalgebruik' en 'begrip van en voor conflicten'.

Niet-medisch taalgebruik

Bij de competentie niet-medisch taalgebruik gaat het erom dat de ervaringsdeskundige:

- Emoties en gevoelens benoemt zoals mensen die ervaren: angst, wanhoop, boosheid, vreugde, et cetera;
- Diagnostisch taalgebruik en taalgebruik gericht op beperkingen achterwege laat.

Opdracht

Waarom is niet-medisch taalgebruik een belangrijke competentie voor een ervaringsdeskundige? Is het ook een belangrijke competentie voor andere hulpverleners? Waarom wel/niet? Bespreek dit met elkaar in de groep.

Begrip van en voor conflicten

Bij de competentie begrip van en voor conflicten gaat het erom dat de ervaringsdeskundige:

- Begrijpt dat aan conflicten met anderen vaak eigen innerlijke conflicten en onzekerheden ten grondslag liggen;
- In staat is om conflicten om te buigen naar een mogelijkheid om inzicht en uitwisseling van ervaringen te verdiepen.

Opdracht

Bedenk een situatie waarbij aan een conflict met anderen, een eigen conflict of onzekerheid ten grondslag ligt. Hoe zou je hier op een goede manier mee om kunnen gaan? Bespreek enkele voorbeelden met elkaar in de groep.

Dilemma's

Ervaringsdeskundigen krijgen regelmatig te maken met situaties waarbij diverse belangen spelen en waarbij er afwegingen gemaakt moeten worden. Hierbij kunnen spanningsvelden ontstaan. Deze worden in hoofdstuk 5 van het Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid besproken onder de noemer 'kritische beroepssituaties en spanningsvelden'. In deze module wordt een van deze dilemma's besproken, namelijk:

Nieuwe versus bestaande cultuurwaarden

Ervaringsdeskundigheid wordt ingezet om nieuwe cultuurwaarden in de zorg te introduceren waarbij gebruikers van de zorg meer zeggenschap over de zorg krijgen. Dit kan wrijving met de bestaande organisatie en opvattingen van zorg oproepen. De ervaringsdeskundige moet daarin begrip voor beide standpunten kunnen hebben, genuanceerd blijven en tevens een visie vanuit ervaringsdeskundigheid laten horen. Soms moeten ervaringsdeskundigen omgaan met (subtiele) diskwalificaties, daar verstandig op reageren en grenzen stellen. Als kwartiermaker moet de ervaringsdeskundige soms een kritisch geluid laten horen. In dit soort situaties kan er een gevoel ontstaan van er alleen in te staan. Een ervaringsdeskundige heeft wat dat betreft een autonome stem nodig.

Opdracht

Verdeel de groep in tweetallen. Neem een voorbeeld van een situatie waarin jij of een andere ervaringsdeskundige in conflict is gekomen met een hulpverlener in het team, bijvoorbeeld over de bejegening van een cliënt. Speel deze situatie na in een rollenspel, waarbij de een de ervaringsdeskundige speelt en de ander de hulpverlener. Bespreek naderhand met elkaar wat de ervaringen zijn.

Bronnen

Lesmateriaal

Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid (2013). GGZ Nederland, Trimbos-instituut, HEE! en Kenniscentrum Phrenos

Hendriksen-Favier, A.I., Nijens, K., Rooijen, S. van (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGz*. Utrecht: Trimbos-instituut. Te bestellen via www.trimbos.nl).

Uitzending 'De Bijbel van de psychiatrie' van VPRO's Labyrinth van zondag 7 april 2013 op YouTube (www.youtube.com/watch?v=7UwjnYg8JNw).

Wel, T. van, Allon, J., Hensen, O., Marquenie, F. (2014). Herstelondermijnende reflexen. Het gevaar van goede bedoelingen van ggz-hulpverleners. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel*, 2, 20-29.

Overige bronnen

Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.

Boertien, D. & Bakel, M. van (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kenniscentrum Phrenos.

Boevink, W. & Dröes, J. (2005). Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen? *Psychopraxis*, 7(1), 14-20.

Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L., Dröes, J., Tiber, M., Wilrycx, G. (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 1, 42-54.

Davidson L., Drake, R.E., Schmutte, T., Dinzeo, T., Andres-Hyman, R. (2010). Olie en water of olie en azijn? De ontmoeting van 'evidence-based medicine' en 'herstel'. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 3, 21-38.

Dröes, J. & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel*, 2, 6-16.

Haan, E. de (2013). *'De herstelspecial'. De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet?* Amersfoort, Utrecht: GGZ Nederland, SBWU.

Hoof, F. van, Erp, N. van, Boumans, J., Muusse, C. (2014). *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Os, J. van (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGz*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.

Stel, J. van der, Gool, R. van (2013). *Quick scan Resultaten scoren rond herstel*. Haarlem/Sassenheim.