

## **Intro**

Ambulantisering is in de eerste plaats een bezuinigingsmaatregel ingezet als onderdeel van de transitie van de AWBZ naar de WMO. In dit artikel wordt, aan de hand van het verhaal van een cliënt in een beschermende woonvorm, beschreven welke kansen ambulantisering biedt in een tijd waarin in de psychiatrie een paradigmashift gaande is. De focus van ziekte en symptoombestrijding wordt verlegd naar rehabilitatie en herstel. Het focussen op ontwikkeling en mogelijkheden vraagt het nodige lef van de cliënt, en van de professionals die hem begeleiden.

## **Inleiding**

De visie op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is de afgelopen jaren aanzienlijk gewijzigd. Vooral in de langdurende GGZ worden begrippen als rehabilitatie en herstel steeds belangrijker. In 2009 heeft GGZ Nederland in haar visiedocument beschreven dat herstel het leidende principe binnen de zorg moet zijn (Visiedocument GGZ Nederland, 2009; Trendrapportage GGZ, 2012). Herstel is ook het uitgangspunt binnen de transitie van de AWBZ naar de WMO. Deze transitie houdt o.a. in dat gemeenten verantwoordelijk worden voor de ondersteuning van intra- en extramurale cliënten met een C-pakket. Dit zijn cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA), die in een beschermende woonvoorziening (BW) of op een klinische afdeling verblijven of zelfstandig wonen met begeleiding, zonder dat behandeling geïndiceerd is. Er is echter wel sprake van psychiatrische problematiek die gepaard gaat met ernstige, en structurele beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren (gebaseerd op de EPA-definitie van Delespaul & Consensuswerkgroep, 2013). Voorheen was het Clz (Centrum Indicatiestelling zorg) verantwoordelijk voor de indicatiestelling van deze cliënten. Een Clz-indicatie voor intramurale zorg geeft voor langere tijd (soms wel 20 jaar) recht op verblijf in een instelling. In de Nieuwe WMO wordt niet het Clz, maar de gemeente verantwoordelijk voor het inschatten van, en tegemoet komen aan de hulpvraag. Het recht op zorg en ondersteuning vervalt, en wordt vervangen door de compensatieplicht. Dit houdt in dat de gemeente verplicht is om beperkingen in zelfredzaamheid weg te nemen en deelname aan het normale maatschappelijk verkeer mogelijk te maken.

Voor de GGz-cliënten die in de toekomst onder de WMO vallen, betekent dit dus ook dat hun recht op zorg vervalt, ten gunste van de gemeentelijke compensatieplicht. Hier komt nog bij dat voor deze cliëntengroep de komende jaren niet alleen het zorgstelsel verandert, maar ook hun fysieke omgeving. Tot 2020 wordt namelijk 30% van de bedden capaciteit in de GGz afgebouwd. Dit wordt ambulantisering genoemd. Dit houdt in dat, naast bijvoorbeeld een kortere verblijfsduur in klinische voorzieningen en meer ambulante behandeling door F-ACT, cliënten die voorheen in een intramurale voorziening verbleven, zelfstandig gaan wonen. Dit versterkt nog eens het belang van rehabilitatie; het centraal stellen van de eigen mogelijkheden en het sociale netwerk van cliënten, en maatschappelijke participatie in de ondersteuning aan deze mensen.

In de praktijk blijkt het toepassen van rehabilitatie en herstelgericht werken echter niet altijd eenvoudig. GGZ-ondersteuning is nog altijd erg gericht op symptoombestrijding en stabilisering van de psychische gezondheid, in plaats van op het ontwikkelen van vaardigheden en het vergroten van autonomie (Trendrapportage GGZ, 2012). Zo blijkt dat langdurig zorgafhankelijke GGZ-cliënten te weinig ondersteuning krijgen gericht op ontplooiing, zoals sociale contacten, werk en zingeving (Smits et al. 2009) en De Heer-Wunderink (2012) constateert dat 40% van de cliënten in een BW geen dagbesteding heeft.

Rehabilitatie en herstelgerichte zorg vragen dus om een paradigmashift. De focus op ziekte en gezondheidsbewaking zal moeten veranderen in het aansluiten bij behoeften en mogelijkheden (Trimbos jaarverslag, 2012). In de langdurende GGZ gaat het om mensen waarbij sprake is van een ernstige psychiatrische aandoening (EPA), die gepaard gaat met ernstige en structurele beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren (Delespaul & Consensuswerkgroep, 2013). Zij hebben vanuit hun kwetsbaarheid moeite om tegemoet te komen aan het beroep dat de WMO en ambulantisering doet op hun zelfredzaamheid en eigen kracht, en zijn meestal niet gewend om zelf wensen en behoeften te benoemen. Cliënten voelen zich hierdoor onzeker over de toekomst, en hebben ondersteuning nodig om deze uitdagingen aan te gaan. Het hebben van een eigen plek met meer privacy, eigen regie kunnen voeren over je leven, en de kans om maatschappelijke rollen te kunnen vervullen is wel een veelvuldig geuite wens van cliënten (Browne, Hemsley & St. John, 2008; Van Hoof, Knispel, Wijngaarden & van Kok, 2009; Medeiros, McDaid, Knapp & MHEEN Group, 2008; Van Veldhuizen, 2012). Het bevorderen van een zo zelfstandig mogelijk leven sluit hiermee niet alleen aan bij de WMO en ambulantisering, maar ook bij een herstelgerichte benadering. Hier wordt de koppeling gelegd tussen bezuinigingsbeleid enerzijds en een inhoudelijke zorgvisie anderzijds.

Om inzichtelijk te maken wat deze ontwikkelingen en transities in de GGZ voor de cliënten betekenen die dit meemaken, wordt hieronder het proces beschreven van Frank (zijn naam is gefingeerd), een bewoner van een BW in het noorden van Nederland. Deze BW gaat sluiten, waardoor Frank gedwongen wordt om na te denken, en besluiten te nemen over zijn toekomst. Hij heeft toestemming gegeven voor het geanonimiseerd beschrijven van zijn verhaal.

## **Achtergrond**

Frank komt door verschillende life-events en psychische kwetsbaarheid op zijn 43e bij de GGZ terecht voor behandeling van depressieve klachten en angst. Deze klachten hangen samen met problemen op zijn werk en een moeizame relatie, in combinatie met zijn onvermogen om hier mee om te gaan. Hij zocht zijn toevlucht in alcohol. In 2002 belandde hij in de ziektewet vanwege een psychotische depressie. In 2004 leidde dit tot twee opnames, vanwege verwardheid en suïcidaliteit. Na de tweede opname, een terugval met als luxerende factor het beëindigen van zijn relatie, heeft hij geen vaste woon- of verblijfplaats meer. Hij is volledig afgekeurd en weet niet meer hoe, en waar, hij zijn leven weer moet opbouwen. Hij komt terecht in een BW.

## **De beschermende woonvorm**

Frank heeft tijdens zijn verblijf in de BW een behandelplan waarin de afgelopen jaren het stabiliseren van de psychische gezondheid centraal heeft gestaan. De beschreven interventies waren jaarlijkse

evaluatie van farmacotherapie in combinatie met het wonen in de BW (i.e. het ontwikkelen van vaardigheden t.a.v. persoonlijke en huishoudelijke verzorging). Hij woont samen met twee huisgenoten, naar wie hij zich zorgzaam opstelt. Het zorgen voor mensen geeft Frank voldoening.

De afgelopen jaren zijn Frank's vaardigheden ten aanzien van zelfzorg, huishouden en financiën sterk verbeterd. Hij geeft aan zichzelf weer te kunnen redden op deze terreinen. Hoewel Frank graag zelfstandiger zou willen functioneren in de maatschappij heeft de geboden ondersteuning in de BW tot dusver niet geleid tot meer zelfstandigheid. Hij geeft aan al jaren geen dagbesteding of vrijwilligerswerk te durven oppakken. Hij vindt het lastig om zich onder onbekende mensen of in nieuwe sociale situaties te begeven. Hierdoor wordt hij belemmerd in zijn dagelijks functioneren. Dit maakt hem somber, waardoor de drempel om deel te nemen aan het maatschappelijk leven nog groter wordt.

Nu de BW gaat sluiten, is dit voor Frank de aanzet om zijn leven opnieuw inhoud en richting te geven. Hij moet nadenken over zijn toekomst en aangeven wat hij daarin zou willen. De focus in de begeleiding lag de afgelopen jaren op ziekte-inzicht en stabiel blijven. Dit heeft bij Frank gevoelens van berusting en acceptatie van zijn patiënten rol versterkt. Zelf weer richting geven aan zijn leven is nieuw.

“Ik zou graag zelfstandig willen wonen, maar ben bang dat ik het niet kan. Ik zie op tegen de eenzaamheid. Ik kan mijzelf en mijn huis nu prima verzorgen, maar toch ben ik bang dat als ik meer zelfstandig en alleen woon, ik mijzelf weer zou verwaarlozen. Net zoals in het verleden is gebeurd”. Ook de begeleiding ziet dit als een risico. “In de BW weet ik wat ik heb: mijn huisgenoten en begeleiding dichtbij”. Het is voor Frank moeilijk om deze zekerheden achter te laten, niet wetende wat er precies voor in de plaats komt.

### **Het veranderproces**

“Nadat ik eerst veel stress voelde over de sluiting van de BW, wende ik steeds meer aan dit idee. De begeleiding vroeg mij naar mijn woonwensen en ik werd geholpen bij het zoeken naar een nieuwe woonplek. Dit maakte bij mij iets los. Ik ging kijken in een BW in een andere gemeente en keek naar woningen in mijn eigen gemeente. Enkele bewoners van de BW gingen verhuizen naar een andere BW en moedigden mij aan om mee te gaan. Dit maakte mij aan het twijfelen. Maar ik besepte dat ik nu de kans kreeg om een stap te maken naar een zelfstandiger leven, anders komt het er denk ik nooit meer van. Dit was voor mij een enorme stap. De begeleiding heeft hierbij een belangrijke rol gespeeld. In plaats van bezig te zijn met wat ik moeilijk vind en (nog) niet kan, kreeg ik ruimte om zelf te kiezen wat ik wilde en kreeg ik van de begeleiding het vertrouwen.

Ik stond al ingeschreven bij de woningstichting, en met behulp van de GGZ vond ik een appartement in de buurt van de BW. Een aantal bewoners uit dezelfde BW ging ook zelfstandig wonen in deze buurt. De vertrouwde omgeving, en vertrouwde gezichten in de nabijheid, geven mij net dat beetje extra rust en zelfvertrouwen dat ik nodig had in deze nieuwe situatie”.

## **Zelfstandig wonen en herstel**

“Toen ik net verhuisd was, had ik last van angst en paniek. Het was soms moeilijk om niet in oud gedrag (i.e. alcoholmisbruik en passiviteit) terug te vallen. In de beginfase kreeg ik dan ook dagelijks begeleiding vanuit de BW. Deze ondersteuning; ervoor mij zijn en spiegelende gesprekken met mijn begeleider, heeft mij inzicht gegeven in mijn manier van denken. Ik heb geleerd hoe ik mijn negatieve denken kan doorbreken. Dit is fijn om zelf te kunnen nu ik zelfstandiger woon. Gaandeweg had ik steeds minder frequent contact nodig en werd mijn zelfstandigheid langzaam opgebouwd.

Natuurlijk blijven er onzekerheden. Omgaan met anderen vind ik moeilijk, omdat ik bang ben voor afwijzing. Daarom werk ik aan mijn assertiviteit en word ik gestimuleerd om te zeggen wat ik vind, en mijn grenzen aan te geven. Ik oefen met allerlei sociale situaties, waarbij de BW-begeleiding mij ondersteunt. Hierdoor heb ik meer inzicht en vertrouwen gekregen in hoe ikzelf dingen kan veranderen. Ik neem meer verantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld in het omgaan met geld, mijn administratie en mijn huishouden.

Ik ben ook aan de slag gegaan met mijn wensen en mogelijkheden om te werken. Omdat zorgen voor mensen mij een goed gevoel geeft, ben ik in eerste instantie vrijwilligerswerk gaan doen in een verzorgingshuis. Dit bleek toch niet een goede plek voor mij. Ik ben nu actief bij een timmerwerkplaats van de GGZ. Ik vind het prettig om met mijn handen bezig te zijn en om contact te hebben met mijn collega's. Ik durfde in het begin niet alleen naar de werkplaats te reizen met de bus. Door de busreis stapsgewijs te oefenen met de begeleiding kan ik dat nu zelfstandig. Mijnzelfvertrouwen is hierdoor gegroeid”.

Bovenstaande maakt duidelijk dat de verandering van woonsituatie ook invloed heeft gehad op andere levensgebieden. De begeleiding heeft Frank in dit leer- en ontwikkelproces steeds voorgehouden dat vallen en opstaan erbij hoort, en dat niet alles in één keer hoeft te gebeuren. Hij staat hierdoor positiever in het leven.

## **Terugblik**

“Ik woon inmiddels een jaar zelfstandig in mijn appartement. Als ik terugkijk op het proces dat ik heb doorgemaakt en de stappen die zijn gezet, zou ik het niet anders doen. Ik ben trots op wat ik heb bereikt en dat ik mijn angsten deels overwonnen heb. Het zelfstandig wonen valt me tot nu toe mee. De angst voor eenzaamheid 's avonds is niet zo heftig als gedacht, ook al mis ik het wonen met anderen soms wel. Ik ga dan gewoon vroeg naar bed. Ik geniet van mijn eigen plek, en dat ik mijn leven kan indelen zoals ik wil”.

## **Kansen en Toekomst**

Het verhaal van Frank laat zien hoe een beleids- en bezuinigingsmaatregel als ambulantisering, ook een aanzet kan zijn voor herstel en herstelgerichte ondersteuning. In het geval van Frank heeft dat er toe geleid dat hij weer de verantwoordelijkheid voor zijn leven heeft gepakt. Hij is, ondanks angst en onzekerheid, zelfstandig gaan wonen en actief geworden buitenshuis. Hij heeft weer het gevoel iets

te kunnen en te betekenen voor anderen. Dit geeft hem zelfvertrouwen. In de begeleiding vanuit de BW is er eveneens sprake van een kentering. De nadruk op symptoombestrijding en stabilisatie, is vervangen door een focus op wensen en mogelijkheden. Het vertrouwen van de begeleiding in Frank en zijn mogelijkheden, heeft een belangrijke rol gespeeld bij het behaalde succes.

Hoewel hier slechts het (succes)verhaal van één persoon beschreven wordt, en dit zeker niet moet worden opgevat als een blauwdruk voor ambulantisering in het algemeen, geeft het wel weer hoe het kán, en welke kansen er liggen. Zeker nu zelfredzaamheid en burgerschap in het kader van de transitie naar de WMO steeds belangrijker worden. Niet voor niets benoemde GGZ Nederland in 2012 dat het herstel van cliënten, en hun ontwikkelmogelijkheden, centraal dienen te staan in de ondersteuning.

Een dergelijke omslag in denken en handelen, zowel van cliënten als professionals, gaat echter niet vanzelf. De randvoorwaarden en de omgeving moeten erop ingericht zijn, een dergelijke cultuuromslag teweeg te brengen en te consolideren. Helaas is dat vaak nog niet het geval. Een deel van deze omgevings- en randvoorwaarden liggen buiten de GGZ. Het gaat dan bijvoorbeeld om de manier waarop de zorg in Nederland georganiseerd en bekostigd wordt. Instellingsbudgetten worden nog steeds bepaald op basis van productie, niet op basis van inhoudelijke resultaten. Dit levert een contraproductieve prikkel om zoveel mogelijk mensen in zorg te hebben en te houden. Ten tweede speelt de bereidheid van, en mogelijkheden binnen de samenleving om mensen met een beperking te accepteren en te includeren een rol. Er bestaan veel vooroordelen en misverstanden over psychiatrische aandoeningen en de mensen die daarmee kampen. Ondanks toenemende aandacht voor stigma, blijft dit een groot probleem. Ten derde is rehabilitatiescholing van (toekomstige) professionals, zoals sociaal pedagogisch hulpverleners, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten cruciaal in het maken van de benodigde paradigmashift. Er is veel winst te behalen met het aanleren van een herstelondersteunende werkhouding in de basis: 'jong geleerd is oud gedaan'.

Ook de GGZ moet haar verantwoordelijkheid nemen. Negatieve beeldvorming binnen en door de psychiatrie blijkt soms de hardnekkigste belemmering voor de ontwikkeling van cliënten (McDaid & Thorncroft, 2005; Amaddeo et al. 2007). Rehabilitatie en herstel moeten niet alleen onderdeel zijn van de dagelijkse ondersteuning, maar het zou voor hulpverleners een automatisme moeten worden om de regie bij de cliënt te laten. Dat laatste blijkt voor hulpverleners heel lastig, en houdt overigens niet in dat cliënten die geen wensen hebben, dus ook geen herstelgerichte ondersteuning nodig hebben. Als iemand verder komt in zijn herstelproces, ontstaat er vaak vanzelf ruimte voor rehabilitatie en het werken aan sociaal en maatschappelijk rolherstel.

Vanuit deze gedachte is door het lectoraat Maatschappelijke participatie van mensen met een psychische beperking van de Hanzehogeschool te Groningen, in samenwerking met GGZ Friesland een interventie genaamd De Woonschool ontwikkeld. Deze interventie is geïnspireerd door een interventie uit Rotterdam bestond, waar in 2001 een rehabilitatiecentrum werd opgezet om cliënten uit klinische voorzieningen te ondersteunen in het zelfstandig(er) wonen (Roosenschoon & Bogaards, 2009). In de nieuwe Woonschool worden cliënten in beschermende woonvormen ondersteund bij het ontwikkelen van vaardigheden en het inzetten van hulpbronnen, om met succes en naar tevredenheid binnen anderhalf jaar zelfstandig te kunnen wonen. De geboden begeleiding is, net als in Rotterdam, gebaseerd op de evidencebased Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB; Korevaar &

Droes, 2011), die effectief is voor het bevorderen van maatschappelijke participatie (Swildens, Van Busschbach, Michon et al, 2011). In De Woonschool worden niet alleen IRB-experts, maar ook geschoolde ervaringsdeskundigen ingezet om cliënten te ondersteunen bij het verwezenlijken van hun woonwensen en/of -doelen en het bevorderen van hun persoonlijk herstel. Deze IRB-experts en ervaringsdeskundigen coachen daarnaast het professionele team in het herstelondersteunend werken. Uitstroom uit de BW en het zo zelfstandig mogelijk invullen van het eigen leven is het einddoel. Wonen hangt met zoveel andere levensgebieden samen, dat naast het woondoel, dat centraal staat in de begeleiding, er ook gewerkt wordt aan veranderdoelen op andere levensgebieden.

Vanuit de gedachte dat cliënten die geen veranderwens hebben, wel degelijk baat hebben bij een rehabilitatiegerichte omgeving, kunnen BW-cliënten zonder veranderwens op het gebied van wonen ook een beroep doen op de ervaringsdeskundigen en IRB-experts van De Woonschool. Zij stappen aanvankelijk niet in het ontwikkeltraject richting een zelfstandige woonsituatie, maar krijgen zo wel de mogelijkheid aan hun herstel te werken en te leren van anderen. Het ervaren van succes bij medebewoners kan mensen aanzetten tot nadenken over hun eigen situatie en mogelijkheden. 'Als Piet het kan, waarom zou ik het dan niet kunnen.' Door middel van onderzoek zal worden vastgesteld of deze doelstellingen behaald worden.

Naast het toepassen van een herstelondersteunende interventie als De Woonschool, zouden instrumenten die inzichtelijk maken in welke mate en hoe er herstelgerichte zorg geboden wordt, onderdeel moeten zijn van de verantwoording van instellingen naar de zorgverzekeraar en overheid. De Recovery Oriented Practise Index (ROPI; Mancini & Finnerty, 2005) kan ingezet worden om te onderzoeken in hoeverre een organisatie daadwerkelijk herstelgericht werkt. In Nederland is er een Nationale Herstelschaal in ontwikkeling (Van Gestel, Van Nieuwenhuizen & Van Weeghel, 2014), die het meten van herstel geschikt maakt voor ROM (Routine Outcome Monitoring)-doeleinden. Op cliëntniveau kan men via de Nederlandse Empowermentlijst (NEL; Boevink, Kroon & Giesen, 2008) de groei van de eigen kracht van de cliënt meten. Het Wellness Recovery Action Plan (WRAP; Copeland, 1997) is een tool voor de praktijk, waarmee cliënten hun herstelplan kunnen maken waarmee zelfmanagement bevorderd wordt. Verder is er ook in de bestaande verpleegkundige classificatiesystemen aandacht voor herstel. Zo inventariseert de International Classification of Functioning (ICF; 2007) naast beperkingen ook ondersteunende factoren in iemands leven. De Nursing Interventions Classifications (NIC; Bulechek, Butcher & McCloskey Dochterman, 2010) beschrijft interventies als het bevorderen van eigenwaarde en het bevorderen van socialisatie, en de Nursing Outcome Classification (NOC; Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2011) maakt gebruik van uitkomsten op het gebied rolvulling, het uiten van geloof in jezelf en trots zijn op jezelf.

Het actief inzetten van dergelijke methodieken en instrumenten, en het in de praktijk aan de slag gaan met de uitkomsten, is een wezenlijk onderdeel van het bewerkstelligen van de transitie van een probleemgerichte naar herstelgerichte GGZ. Hierdoor komt rehabilitatie en herstel tot stand vanuit een intrinsiek en natuurlijk proces in plaats van door de overheid opgelegde maatregelen.

## Literatuurlijst

Amaddeo, F., Becker, T., Fioritti, A., Burti, L., & Tansella, M. (2007). Reforms in community care: the balance between hospital and community based mental health care. *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care.* (pp 280-307). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.

Boevink, W; Kroon, H & Giesen, F. (2009). *De Nederlandse Empowerment vragenlijst.* Trimbos-instituut.

Browne, G., Hemsley, M. & St. John, W. (2008). Consumer perspectives on recovery: A focus on housing following discharge from hospital. *International Journal of Mental Health Nursing* 17: 402-409.

Bulecheck, M.G., Butcher, H.K., McClosky Dochteman, J. (2010). *Verpleegkundige interventies.* Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.

Copeland, M. E. (1997). *Wellness Recovery Action Plan.* Dummerston, VT: Peach Press.

De Heer-Wunderink, C. (2012). *Successful community living: a 'UTOPIA'? A survey of people with severe mental illness in Dutch Regional Institutes for Residential Care.* Proefschrift. Groningen: RGOc.

Delespaul, P. & Consensuswerkgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438.

Hoof, F. van, Knispel, A., Wijngaarden, B. van & Kok, I. (2009). *Toekomstverkenning intramurale GGZ.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Korevaar, L. & Droes, J. (2011). *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Mancini, A.D., & Finnerty, M.T. (2005). *Recovery Oriented Practices Index (ROPI).* Unpublished manuscript, New York State Office of Mental Health.

McDaid, D & Thornicroft, G. (2005). *Mental Health II: balancing institutional and community-based care.* Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.

Medeiros, H., McDaid, D., Knapp, M. & the MHEEN group (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities.* London: Personal Social Services Research Unit, Kings College.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.I., Swanson, E. (2011). *Verpleegkundige zorgresultaten.* Uitgeverij: Reed business. Doetinchem

Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen (2009). Geraadpleegd op 15 augustus 2013 via:

<http://www.ggznederland.nl/scrivo/asset.php?id=305955>.

Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu Van Logchum.

Roosenschoon, B.J. & Boogaards, M., (2009) De woonschool: werkwijze en resultaten van revalidatiecentrum Zevenkamp. Tijdschrift voor Revalidatie (3).

Smits, C., Kroon, H., Hoof, F., Blom, A., Cah, W., Caspers, E., Delespaul, P., Mulder, N., Nugter, A. & Swildens, W., (2009). Zorg en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit regionale zorgmonitors. Publicatie Monitor Langdurige Zorg. Utrecht: Trimbos-instituut.

Swildens, W., VanBusschbach, J.T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M.W.J., Wiersma, D., Van Os, J. (2011). Effectively Working on Rehabilitation Goals: 24-Month Outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (12), 751-760.

Trendrapportage GGZ (2012). Geraadpleegd op 3 augustus 2014 via:  
<http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers---beleid/af/~media/files/inkijkexemplaren/af1201%20trendrapportage%20ggz%202012%20deel%201%20-%20ambulantisering.ashx>

Trimbos (2012): Wegwijzer Ambulantisering. Geraadpleegd op 16 juni 2014 via:  
<http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/psychische-gezondheid/af/~media/files/inkijkexemplaren/af1224%20jaarverslag%202012.ashx>

Van Gestel, J.A.W.M., Van Nieuwenhuizen, Ch. & Van Weeghel, J. (2014). Project Nationale Herstelschaal. Geraadpleegd op 8 september 2014 via:  
<https://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/onderzoek/display/item-herstelschaal/>

Veldhuizen, J.R., van (2012). Minder bedden en betere zorg? Dat kan! Tijdschrift voor Revalidatie (1): 6-20.

## **Auteurs**

Anniek Wester is verpleegkundig Specialist in het zorgprogramma Herstel en Behandeling van GGZ Friesland, [anniek.wester@ggzfriesland.nl](mailto:anniek.wester@ggzfriesland.nl).

Dr. Charlotte de Heer-Wunderink is lector Maatschappelijke participatie van mensen met psychische beperkingen aan de Hanzehogeschool in Groningen, [c.de.heer@pl.hanze.nl](mailto:c.de.heer@pl.hanze.nl)

Dr. Nynke Boonstra, Opleider verpleegkundig specialist GGZ en senior onderzoeker binnen GGZ Friesland, Verpleegkundig specialist GGZ, hogeschool docent aan de NHL hogeschool, [nynke.boonstra@ggzfriesland.nl](mailto:nynke.boonstra@ggzfriesland.nl)