



OPLOSSINGSGERICHTE THERAPIE BINNEN HERSTELGERICHTE ZORG

Helena Demeulenaere

[Abstract](#)

Een kijk binnen de herstelvisie en hoe oplossingsgerichte therapie hierbij goed aansluit

Voorwoord

Als psychiatrisch verpleegkundige kreeg ik de kans van m'n werkgever om oplossingsgerichte, cognitieve systeemtherapie te volgen binnen het Korzybski instituut. Hiervoor ben ik heel dankbaar en zou ik ook het AZ Sint-Jan willen bedanken en iedereen die achter deze opleiding stond.

Graag wil ik ook alle docenten binnen het Korzybski instituut bedanken die mij nieuwe inzichten hebben gegeven, die mij hebben helpen herinneren wat van belang is. Bedankt Geert voor de leerrijke lessen die je hebt gebracht met een kritische blik. Bedankt Erwin om op zo'n positieve manier les te geven. Je enthousiasme werkt erg aanstekelijk. Bedankt Myriam om zo geduldig te zijn en zoveel kennis bij te brengen. Je bent iemand die wel echt de oplossingsgerichte taal spreekt, wat erg te bewonderen valt.

Ik vond het ook zeer leerrijk om meer binnen mezelf te kijken tijdens verschillende vormingen.

Ik vind het ook belangrijk om m'n medestudenten te bedanken. Dankzij de oefeningen die we samen deden, de intervisies, supervisies,.. heb ik veel nieuwe inzichten kunnen opnemen. Het is voor mij zeer interessant om inzichten te kunnen horen van mensen vanuit verschillende perspectieven, verschillende ervaringen binnen verschillende voorzieningen, met ook verschillende functies.

Ik wil m'n partner ook graag bedanken om me tijdens deze 4-jarige opleiding te steunen en me aan te moedigen in dit stressvol jaar.

Inhoud

1. Inleiding	1
2. Herstelvisie	2
2.1. Historiek.....	2
2.2. Herstel als hoopgevend concept	2
2.3. Positieve gezondheid als basisconcept	5
2.4. Verschillende niveaus van herstel	6
2.4.1. Persoonlijk herstel.....	6
2.4.3. Sociaal/ maatschappelijk herstel	7
2.5. Een aantal basisprincipes binnen psychiatrische hulpverlening:	7
2.6. Fases van herstel	7
2.6.1. Fase 1: Overweldigd zijn door de aandoening	8
2.6.2. Fase 2: Worstelen met de aandoening	8
2.6.3. Fase 3: Leven met de aandoening.....	8
2.6.4. Fase 4: Leven voorbij de aandoening	9
3. Open Dialogue	9
4. FACT-Teams	10
5. Ervaringsdeskundigheid	11
5.1. Ervaringskennis	11
5.2. Proces van cliënt naar ervaringsdeskundige	12
6. Oplossingsgerichte, cognitieve systeemtherapie	14
6.1. Oorsprong	14
6.2. Therapeutische doelen	15
6.3. Basisprincipes	17
7. Besluit: oplossingsgerichte therapie binnen herstelvisie.....	18
Bibliografie	20

1. Inleiding

Ik werk als psychiatrisch verpleegkundige op PAAZ dienst A2 verlengde crisishulp en de eenheid voor psychiatrische spoedinterventie (EPSI) in het AZ Sint-Jan ziekenhuis te Brugge. Vanaf mei 2022 werden er herstructureringen ingevoerd binnen het psychiatrisch departement. De bedoeling hiermee was om mensen minder in 'hokjes' te plaatsen. Bij mensen die bijvoorbeeld zowel stemmingsproblemen, als een alcoholprobleem hadden was het moeilijk om door te verwijzen naar de 'juiste' afdeling. Nu is de doelgroep van een afdeling niet meer gelinkt aan een bepaald ziektebeeld. De afdelingen zijn nu meer gericht op de noden van de cliënt.

Men wilde ook een duidelijkere visie krijgen over de verschillende afdelingen heen. Hierbij wilden ze graag meer meegaan in de vernieuwde kijk van zorg, namelijk herstelondersteunende zorg.

Zelf ben ik hier ook voorstander van en daarom had ik besloten om mezelf hier ook meer in te verdiepen en er een eindwerk over te maken. Ik geloof dat oplossingsgerichte therapie perfect aansluit binnen de herstelvisie. In m'n eindwerk wil ik daar graag ook meer duidelijkheid over geven. Er zijn verschillende basisprincipes die gelijklopend zijn. Bij herstelvisie wordt ook vaak de vraag gesteld: 'Wat is goede zorg?'. Elk individu zal daar misschien een ander antwoord op bieden, toch zijn er ook veel zaken die vaak gelijklopend zijn. Voor mezelf zie ik goede zorg als zorg waarin er samengewerkt wordt tussen multidisciplinair team, cliënt en belangrijke anderen van cliënt. Ik vind het ook van belang er wederzijds respect is tussen de verschillende partijen, dat er een goeie alliantie is en dat er kan gebouwd worden op vertrouwen. Voor mij persoonlijk vind ik het van belang dat ik als therapeut de cliënt op weg kan helpen en niet zelf bepaal wat goed is voor de cliënt, maar dat hij dit zelf kan ontdekken en mee helpen ontdekken voor cliënt wat hij wil veranderd zien en ook wat ervoor nodig is.

Ik zou het een grote meerwaarde vinden dat de cliënt meer betrokken wordt in z'n eigen behandeltraject. Vaak worden er vergaderingen gehouden zonder cliënt zelf. Dat zijn volgens mij gemiste kansen. Ik denk dat we meer vertrouwen zouden kunnen winnen binnen hulpverlening van cliënt en z'n netwerk. Er is soms de bezorgdheid van collega's dat dit te veel tijd in beslag zou nemen. Ik geloof dat er wel constructieve en efficiënte manieren zijn om dit toch te doen.

2. Herstelvisie

2.1.Historiek

De geestelijke gezondheidszorg heeft in de afgelopen decennia een ontwikkeling doorgemaakt van de-institutionalisering van het aanbod en schaalvergroting. Psychiatrische afdelingen werden afgebouwd en maakten vanaf de jaren tachtig plaats voor ambulante zorg aan huis, deeltijdbehandeling of verblijf in een beschermde woonvorm. Het vermijden van opname werd een belangrijke doelstelling, samen met het in stand houden van de verbinding tussen cliënt en samenleving.

De herstelbeweging vindt haar oorsprong in de jaren zeventig van de vorige eeuw in de zogenoemde 'antipsychiatriebeweging'. Deze beweging verzet zich tegen de cultuur in de psychiatrie, waardoor cliënten vereenzelvigd worden met hun stoornis en afhankelijk worden gemaakt van de hulpverlening (Hunsche, 2008).

De herstelbeweging is echter geen 'antipsychiatrie'. Weliswaar wordt klinisch herstel gerelativeerd ten gunste van persoonlijk en maatschappelijk herstel, maar dat doet niets af aan de erkenning dat goede, efficiënte behandeling waardevol is of kan zijn (van der Stel, 2013).

Vanaf circa de jaren negentig worden er nieuwe perspectieven ontwikkeld op wat nodig is voor een goede ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een eerste beweging komt vanuit hulpverleners en onderzoekers onder de noemer van 'rehabilitatie'. Uitgangspunt van de rehabilitatiebenadering is dat de ervaringen, initiatieven en wensen van cliënten zelf het vertrekpunt moeten zijn van ondersteuningstrajecten. De nadruk in de ondersteuning moet liggen op ontwikkelmogelijkheden, niet alleen op het gebied van de psychische gezondheid, maar ook op het gebied van sociale en maatschappelijke participatie. Het idee is om daarbij zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande hulpbronnen in de omgeving van de cliënt en deze te ondersteunen, te versterken en uit te bouwen (Van Weeghel, 1999).

2.2.Herstel als hoopgevend concept

Het is soms moeilijk om herstel concreet te beschrijven. Het is meer een concept, een visie, een proces. Er is geen duidelijke definitie die omschrijft wat herstel nu precies is. Hier volgt toch één van de meest geciteerde definities van herstel. Die is afkomstig van Anthony (1993) in boek van Hendriksen-Favier A., N.K., 2012:

“Een zeer persoonlijk en uniek proces van verandering in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen betreft het ontgroeien van de rampzalige

gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven.”

Herstel verwijst naar een persoonlijk proces van het herwinnen van veerkracht. Het is niet hetzelfde als genezing. Hier bestaat soms verwarring rond. Mensen kunnen tijdens hun herstel ook nog symptomen hebben, maar met gepersonaliseerde steun zijn ze in staat om verder een betekenisvol leven op te bouwen (Boevink W. , 2018).

Het proces van herstel kent veel verschillende vormen in de praktijk. Het wordt benoemd als een emanciperende ontwikkeling, waarin de cliënt een positie van autonomie verwerft ten opzichte van zowel zijn klachten als zijn hulpverleners (Lingbeek, 2018).

Herstelondersteunend werken begint bij het leggen van normaal, zoveel mogelijk gelijkwaardig contact. Ondersteuning, begrip, nabijheid en gelijkwaardigheid zijn belangrijke elementen. Het is belangrijk dat de cliënt weet dat hij zelf de regie over zijn leven heeft en dus ook eigen beslissingen neemt. Als hij dit wil, kan hij dat ook doen in samenspraak van steunfiguren. Bij herstelgericht werken is het zo dat zorgverlener en cliënt meer gelijkwaardige partners worden (Van Staveren R., 2018).

Belangrijke thema's van persoonlijk herstel zijn onder andere samengevat in het CHIME-model: Connectedness (verbondenheid met anderen), Hope (hervinden van hoop), Identity (een positieve identiteit), Meaning (betekenisvolle activiteiten) en Empowerment (zelfbekrachtiging: cliënt ondersteunen zodat hij zelf grip krijgt op de situatie). Dit werd samengevat vanuit vele patiëntengetuigenissen. Het model dient als ondersteuning om te kunnen reflecteren in praktijk binnen de relatie met cliënt. Het conceptueel model kan ook bijdragen tot metingen/ evolutie binnen herstel van cliënt. Later werd het meer uitgebreid naar CHIME-DTAR model (Leamy M., 2011).

Op de volgende pagina wat meer verduidelijking rond het CHIME-DTAR model.

Connectedness	Aansluiting vinden bij anderen/ verbondenheid, dit zowel bij peers, als familie, of anderen uit de context
Hope and optimism about the future	Toekomstperspectieven ontwikkelen voorbij de symptomen en moeilijkheden
Identity	Het gevoel kunnen hebben van iemand te zijn en hier een positief gevoel bij te hebben.
Meaning in life	Iets betekenisvol definiëren in het leven, de eigen problematiek kunnen ervaren als iets wat niet toevallig is. Sommigen koppelen dit aan spiritualiteit.
(self)Empowerment	Hierbij wordt vooral eigen empowerment bedoeld. Een meer oplossingsgericht woord hierin is 'zelfbekrachtiging'. Dit gaat over zelf de regisseur worden van de eigen behandeling, het eigen leven, het ontdekken van eigen sterktes.
Difficulties	Voor de mensen gaat herstel gepaard met moeilijkheden zoals restsymptomen, financiële moeilijkheden, .. Wanneer je een perspectief vindt om te kunnen omgaan met deze moeilijkheden, bereik je herstel.
Therapeutic input	Herstel betekent vaak ook dat mensen blijvend gebruik maken van hulpverlening, dit ondersteunt het herstelproces.
Acceptance and mindful awareness	Herstellen betekent ook aanvaarding van de limieten waar je mee te maken hebt. Deze zullen niet zomaar verdwijnen.
Returning to, or desiring normality	Het gevoel dat mensen je als normaal bekijken

2.3. Positieve gezondheid als basisconcept

Herstelvisie is gebaseerd op positieve gezondheid. Dit is een breed begrip die rekening houdt met verschillende aspecten van iemands gezondheid. Het is ook gebaseerd op de basisfuncties (van Steekelenburg, Kersten, & Huber, 2016).

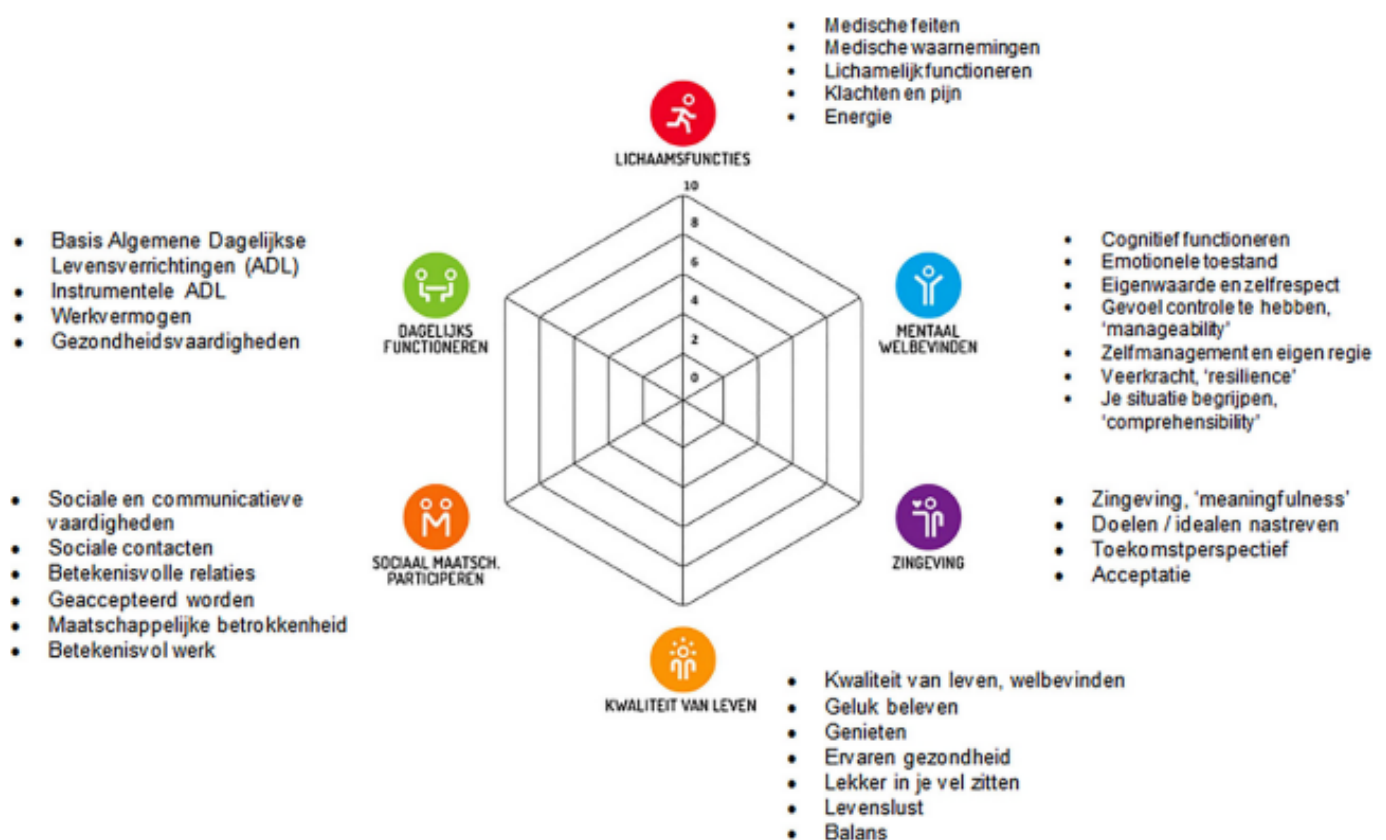
Definitie van positieve gezondheid wordt als volgt beschreven:

‘Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.’

Bij dit concept zijn veerkracht, functioneren en participatie van mensen het uitgangspunt, en daarom gaat het hier om positieve gezondheid. Gezondheid wordt hier beschouwd als een middel dat mensen in staat stelt om een zinvol bestaan en een betekenisvol leven te leiden. In een onderzoek naar wat zij belangrijk vonden bij het begrip ‘gezondheid’ hebben patiënten aangegeven dat zij aan al deze dimensies evenveel belang hechtten. Hulpverleners dachten daar soms anders over; artsen vonden bijvoorbeeld de dimensie lichaamsfuncties de allerbelangrijkste en hechtten weinig waarde aan de dimensie zingeving.

Verpleegkundigen scoorden ongeveer hetzelfde als patiënten (Adriaansen & Caris, 2020).

Op de volgende pagina is een schema te zien met de verschillende pijlers voor positieve gezondheid.



Figuur 1. Bovenstaand schema komt uit een rapport van Institute for Positive Health door van Steekelenburg E., Kersten, I., Huber, M.

De sterkste motieven om met Positieve gezondheid te (gaan) werken is de aansprekende bredere kijk op gezondheid, die aansluit bij de beleving van patiënten/cliënten en van veel professionals zelf, en het gegeven dat het nieuwe concept past bij de missie, visie en werkwijze van de organisatie. Daarbij zijn eigen kracht en zelfregie belangrijke pijlers (van Steekelenburg, Kersten, & Huber, 2016).

Positieve gezondheid gaat uit van veerkracht, functioneren en participatie van mensen en niet van wat onmogelijk is vanwege hun aandoening(en). Positieve gezondheid benadrukt het vermogen van mensen om zich aan te passen aan hun levensuitdagingen, die op verschillende gebieden kunnen liggen. Met andere woorden, de eigen mogelijkheden worden positief benaderd (Adriaansen & Caris, 2020).

Bij figuur 1 is te zien dat dit een soort spinnenwebschema is. Dit schema kan gebruikt worden bij cliënten om zo te zien welke dimensies voor hen het belangrijkste zijn. De zes gezondheidsdimensies kunnen in een spinnenweb voor ieder individu persoonlijk zichtbaar worden gemaakt door middel van een aantal vragen over de verschillende aspecten ervan. Omdat de verschillende dimensies voor ieder mens een andere betekenis kunnen hebben, is niet bij voorbaat te zeggen dat iemand met veel 'goede' resultaten en met hoge scores aan de buitenkant van het spinnenweb gelukkiger en gezonder is dan iemand die een aantal scores heeft die meer naar het midden liggen. Alleen de persoon zelf kan de waarde van de verschillende dimensies aangeven, en alleen hijzelf kan aangeven wat hij eventueel zou willen veranderen om zich gezonder te voelen. De vragenlijst bestaat uit 42 vragen voor volwassenen en kent ook een kinderversie met smileys. Na afloop van de test krijg je inzicht in de score. De vragenlijst is te vinden op www.mijnpositievegezondheid.nl (Adriaansen & Caris, 2020).

2.4. Verschillende niveaus van herstel

Het herstelconcept werkt op meerdere niveaus.

2.4.1. Persoonlijk herstel

Op individueel niveau verschuift de aandacht geleidelijk van de psychische aandoening en onmacht naar het hernemen van de eigen regie en de mogelijkheden binnen het eigen leven. Mensen met een psychische aandoening worden zich bewust van hun eigen ervaringen en leren dit om te zetten in verhalen waarin zij zichzelf herkennen. Deze verhalen zijn belangrijk om te kunnen vertellen hoe het is om te leven met een psychische aandoening, om de eigen identiteit verder te ontwikkelen en om kenbaar te leren maken welke hulp en steun daarbij nodig is (Hendriksen-Favier A., 2012).

2.4.3. Sociaal/ maatschappelijk herstel

Op collectief niveau is het herstelconcept onlosmakelijk verbonden met zelfbeschikking, empowerment en emancipatie van mensen met psychische aandoeningen en met het tegengaan van stigma en discriminatie. (Fisher & Chamberlin 2003 in Hendriksen-Favier A., 2012).

Herstellen betekent dat mensen op een bepaalde manier met hun psychiatrische aandoening omgaan, zodat ze tevreden/ content zijn met hoe ze leven en dat ze hun eigen toekomst zien.

2.5. Een aantal basisprincipes binnen psychiatrische hulpverlening:

De volgende basisprincipes komen uit het boek 'Hart voor herstel' van Remke van Staveren. (Staveren, 2018):

- De behandeling van psychiatrische symptomen is niet het enige doel. Het gaat ook meer om het ondersteunen van iemands persoonlijke en maatschappelijk herstel. Behandeling hoort hand in hand te gaan met re-integratie.
- Het gaat niet alleen om zorgen voor mensen, maar ook om ervoor te zorgen dat ze weer de regie over hun leven kunnen nemen.
- Goede zorg betekent het netwerk/ context meer te betrekken bij de behandeling. Daarvoor is er een goed samenspel nodig tussen de hulpverleners en andere partijen.
- Aandacht voor de mens als geheel: aandacht voor de lichamelijke gezondheid van onze cliënten en een betere integratie van psychiatrische en somatische zorg.

2.6. Fases van herstel

In een uitgebreide studie van Leamy (2011) die 97 onderzoeken naar herstelprocessen van mensen met psychische aandoeningen analyseerde, komt een aantal factoren naar voren die te beschouwen zijn als de gemene delers van deze processen/ fases. Die factoren zijn:

- Hernieuwde betekenisgeving aan de eigen psychische klachten en het eigen levensverhaal
- Hervinden van een eigen, persoonlijke identiteit
- Hervinden van verbondenheid met anderen
- Hervinden van perspectief en hoop
- Hervinden van grip op het eigen leven.

In het handboek van Hendriksen-Favier A., 2012 werd er een samenvatting gemaakt die verschillende herstelprocessen weergeven door Gagne (2004) en waarbij er werd gekeken naar gemeenschappelijke factoren binnen die herstelprocessen.

Die fases worden hieronder verder beschreven.

2.6.1. Fase 1: Overweldigd zijn door de aandoening

Ontreddering en verwarring staan hierbij op de voorgrond. Overweldigende symptomen lijken alles te bepalen en het leven is gericht op overleven, zowel mentaal als fysiek. Kenmerken van deze fase zijn hopeloosheid, machteloosheid en het gevoel geïsoleerd te zijn van zichzelf, van anderen en van de omgeving. Hierbij is de belangrijkste opgave om controle over de ziekte zelf te krijgen.

2.6.2. Fase 2: Worstelen met de aandoening

Er is nog steeds angst om 'overmand' te worden door de aandoening, maar nu dient ook de vraag zich aan hoe ermee geleefd kan worden. Er worden manieren ontwikkeld om weer contact met zichzelf te krijgen en om actief te leren omgaan met de symptomen. Kenmerken van deze fase zijn de worstelingen met het gebrek aan zelfvertrouwen en de zoektocht naar de eigen identiteit.

Hierbij is het een belangrijke opgave om verklaringen te vinden om de ervaring van de ziekte en de crises te begrijpen, en een positief toekomstperspectief te ontwikkelen. De persoon gaat werken aan psychologisch herstel. Deze periode omvat het vaststellen van wat de (intacte of gezonde) kern van de persoonlijkheid is, zoals de eigen waarden en kwaliteiten. Men kan het belangrijk vinden te leren over psychiatrische ziektes of op zoek gaan naar geschikte hulpverlening. Men kan zich aansluiten bij zelfhulpgroepen en lotgenoten opzoeken. De persoon werkt aan een positieve identiteit. Dit houdt in dat er doelen gesteld worden die voor de persoon zelf belangrijk zijn, waarbij soms oude doelen en waarden herzien worden. In deze periode neemt men de verantwoordelijkheid om de aandoening te managen en regie te nemen over het eigen leven. Het houdt in dat risico's genomen worden, dat er terugval kan plaatsvinden en dat men weer terug op de been moet komen. Dit is de voorbereiding voor de derde fase (Wilken, 2012).

2.6.3. Fase 3: Leven met de aandoening

In deze fase begint het besef te groeien dat er met de aandoening kan worden omgegaan. Hierdoor wordt de angst minder en ontstaat er ruimte om beperkingen en sterke kanten te leren ontdekken. Kenmerken in deze fase zijn het opbouwen van een nieuwe 'zelf', het herstellen van het oude en ontdekken van nieuwe rollen en het (opnieuw) aangaan van contacten met belangrijke anderen.

2.6.4. Fase 4: Leven voorbij de aandoening

De aandoening raakt meer en meer op de achtergrond. Er is nu ruimte om de verbondenheid met anderen te voelen, capaciteiten te onderzoeken en mogelijkheden en talenten op diverse terreinen te ontdekken en in te zetten. Het is mogelijk nieuwe doelen in het leven te stellen waarin rekening gehouden wordt met de aandoening, maar waarbij deze niet meer op de voorgrond staat. De persoon voelt zich goed verbonden met zichzelf en met anderen, in verschillende leefomgevingen (thuis, in de werk- of vrijetijdsomgeving), en ervaart een gevoel van zingeving.

Ook anderen hebben faseringen in het herstelproces aangebracht die sterk lijken op die van Gagne. Een andere veelgebruikte fasering is die van Young en Ensing (1999) die spreken van (1) loskomen uit de ziekte, (2) terugvinden wat verloren werd en verder en (3) verbetering van de kwaliteit van leven. Ook hier gaat het niet om een lineair proces; regelmatig wordt een stap teruggedaan of juist overgeslagen en niet bij alle cliënten zullen deze fasen zo helder te onderscheiden zijn (Hendriksen-Favier A., 2012).

3. Open Dialogue

Open dialogue is een herstelondersteunend behandelmodel, ontwikkeld door de Finse hoogleraar psychiatrie Jaakko Seikkula. Open Dialogue poogt op een niet-beoordelende manier naar alle leden uit het netwerk van een cliënt te luisteren, een open dialoog aan te gaan. In tegenstelling tot de standaard behandelmethoden bij (vroeg) psychose en andere crises, benadrukt men bij Open Dialogue vooral het open gesprek aan te gaan en zeker in het begin professionele kennis en interventies terughoudend toe te passen (Staveren, 2018).

Een ideaal Open-Dialogue bijeenkomst vindt plaats binnen 24 uur na de eerste oproep tot hulp bij een crisis. Iedereen die de cliënt daarbij aanwezig wenst, wordt uitgenodigd. Alle discussies en beslissingen vinden tijdens deze bijeenkomst plaats en altijd met de cliënt. 'Samen zijn met' is belangrijker dan 'iets doen aan' ('Being with instead of doing something to'). De nadruk ligt op het benutten van de mogelijkheden van de cliënt en de netwerkleden, en niet zozeer op het probleemgedrag. De deelnemers proberen ieders inbreng te begrijpen. Men dient wel onzekerheid te kunnen verdragen en op zoek willen gaan naar de betekenis van het symptoom (Staveren, 2018).

4. FACT-Teams

FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment en is een in Nederland ontwikkeld zorgverstrekkingmodel op basis van het oorspronkelijke Amerikaanse ACT-model. Een FACT-team dat werkt conform de FACT-principes. Die biedt behandeling en begeleiding op verschillende hersteldomeinen. Dit doen ze door het verminderen van psychische en somatische symptomen, bevorderen van maatschappelijk functioneren en sociale participatie, en het realiseren van persoonlijk herstel en kwaliteit van leven. Zorg gebeurt op maat, in samenspraak met de betrokkene en zijn netwerk. FACT richt zich op mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

De belangrijkste kenmerken voor het FACT-model zijn (Trimbos instituut, 2014):

- Integrale zorg
Hulp wordt geboden vanuit een multidisciplinair team, waarbinnen een breed scala aan kennis en vaardigheden aanwezig is. Er is sprake van een 'integrale' teamverantwoordelijkheid voor de geboden zorg. De hulp is waar nodig veelomvattend en 'geïntegreerd', dat wil zeggen beperkt zich niet op voorhand tot specifieke levensgebieden en wordt geboden met oog voor de samenhang tussen verschillende (psychische en sociale) aspecten van de problematiek van de cliënt. De hulp is ook 'transmuraal' (bij opnamen blijft de behandelverantwoordelijkheid bij het FACT- team liggen).
- Intensiteit en flexibiliteit
Hulp wordt geboden waar nodig: bij de cliënt thuis of elders. Hulp wordt ook geboden wanneer nodig en wordt flexibel op- en afgeschaald al naar gelang de wensen en behoeften van de cliënten. (De 'caseload' van de medewerkers is in het FACT-model relatief laag waardoor zo nodig intensieve hulp kan worden geboden.) En hulp wordt geboden zo lang als nodig is (continuïteit).
- Inbedding 'in de wijk'
De hulp is zoveel mogelijk ingebed 'in de wijk' ofwel in de sociale en maatschappelijke netwerken rondom de cliënt en in de lokale samenleving. Zoveel als mogelijk worden anderen betrokken bij de ondersteuning aan de cliënt, waar nodig handelen FACT-teams zelf. Het accent ligt op 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'. FACT-teams ondersteunen cliënten daarbij zoveel als mogelijk om zelf de regie te behouden op de benodigde steun.

In Nederland kent men sinds 2004 FACT-teams en sinds enkele jaren is het model ook geïmplementeerd op de Nederlandse Antillen, in België, Canada, Engeland, Ierland en Scandinavië.

Nederlands onderzoek wijst uit dat FACT-teams opnames en uitval voorkómen en opnames verkorten en zorgen voor een goede cliënttevredenheid (Westen, 2020).

In Triëst in Nederland is men naar meer ambulantisering gegaan van ggz. Van daaruit is er meer ingezet op wijkwerk. Hierbij stond het herwaarderen van de mens met psychische klachten, zijn verhaal, zijn behoeften en zijn netwerk centraal in plaats van het denken in termen van psychiatrische ziekte.

Daar zijn de psychiatrische ziekenhuizen vervangen door wijkcentra. Van daaruit gaan verpleegkundigen de wijk in voor huisbezoeken en cliënten kunnen er hun dag, of soms ook de nacht doorbrengen. Opnames op gesloten afdelingen of gebruik van de isoleercel komen bijna niet meer voor, vanuit de overtuiging dat afzondering haaks staat op herstel.

Multidisciplinaire FACT-teams bieden mensen met een ernstige psychiatrische aandoening behandeling aan en ondersteuning om met hun ziekte te leren omgaan, om voor zichzelf te leren zorgen en om verder terug mee te doen in de maatschappij hoe zij dit wensen. De FACT-teams maken vaak deel uit van wijkwerk. Naast FACT-teams bestaan er ook IHT-teams (Intensive Home Treatment). Naast de crisisdiensten verbonden aan PZ bieden nu ook IHT-teams kortdurende intensieve psychiatrische crisisbehandeling bij mensen thuis. Denk hierbij ook aan MBT (Mobiel BehandelTeam) en MCT (Mobiel Crisis Team) bij ons in de regio. In Nederland wordt er ook gestreefd naar wijkteams. Doel van deze teams zijn: snel, dichtbij, efficiënt en doelmatig complexe situaties aanpakken, zowel sociale problematiek alsook (mildere) ggz-problematiek. Deze teams moeten dan helpen zodat cliënten zelf hun eigen problemen aanpakken, liefst met hulp van hun eigen sociale netwerk (Staveren, 2018).

5. Ervaringsdeskundigheid

5.1. Ervaringskennis

Om duidelijk te maken wat een ervaringsdeskundige is, is het van belang eerst stil te staan bij het begrip ervaringskennis. Ervaringskennis wordt gedefinieerd als 'het hebben van kennis en inzichten die ontwikkeld zijn op basis van reflectie op en analyse van geëxpliciteerde, concrete eigen ervaren beperkingen, opgedaan door de persoon zelf en door anderen'.

Van ervaringsdeskundigheid is sprake wanneer iemand in staat is om ervaringskennis aan derden over te dragen. Daarbij is de persoon in staat de eigen ervaring te overstijgen, de situatie los te laten en de leermomenten daaruit benutten voor het algemene doel, namelijk: anderen ermee helpen. De ervaringsdeskundige ontleent zijn kennis aan zijn ervaring met psychisch lijden; het herstel en zijn (oude) cliëntenrol. Cliënten dienen op hun eigen proces te kunnen reflecteren. En dat is iets waartoe niet iedereen in staat is (Frits Bovenberg, 2011).

5.2. Proces van cliënt naar ervaringsdeskundige

Hieronder een schematisch overzicht hoe men van patiënt of naastbetrokkene groeit tot ervaringsdeskundige:



Figuur 2. Bron: Hilko Timmer, coördinator Bureau Herstel SBWU. In: Van Erp e.a. 2011 (Steunpunt geestelijke gezondheidszorg, 2019).

Bovenstaande figuur geeft de volgorde in de ontwikkeling tot ervaringsdeskundigheid weer:

Aan de basis staan ervaringen van ontwrichting en herstel. Herstel is daarbij het hoogst individuele proces om te kunnen omgaan met de psychiatrische aandoening binnen het grotere geheel van het eigen leven.

Om dat herstel en het proces vorm te geven, benutten mensen hun eigen ervaringskennis die ze op basis van ervaringen hebben en die ze gedurende hun herstelproces verder verdiepen en ontwikkelen. Dit is geen individueel proces maar ontstaat in relatie met belangrijke anderen door uitwisseling van ieders ervaringskennis. Ook kennis uit andere bronnen dan de directe persoonlijke ervaringen wordt in dit proces onderzocht op de betekenis ervan voor het eigen leven. Het is van belang om een eigen duiding te vinden en zo het persoonlijke en unieke proces vorm te kunnen gaan geven. Zonder dat proces is de kans groot dat er alleen maar meer zorg nodig is omdat iemand steeds minder 'van zichzelf' weet. Hierin ligt de koppeling naar ervaringsdeskundigheid. Juist de eigen ervaringen met het moeizame herstellen, staan aan de basis van de ontwikkeling naar ervaringsdeskundigheid.

De volgende stap in het schema is die naar ervaringsdeskundigheid. Dit begrip wordt binnen de context van de ggz nogal eens gebruikt om aan te geven dat iemand cliëntervaring in de ggz heeft. Het hebben van cliëntervaringen betekent niet dat je gelijk deskundig bent over hoe anderen herstellen. Ervaringsdeskundigheid komt tot stand door scholing over en ontwikkeling van ervaringskennis zoals hierboven benoemd. Doel van de ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid is om te leren hoe men ervaringskennis van zichzelf ruimte kan geven en daarmee de weg vinden naar vaak verborgen eigen krachten en inzichten. Het is een deskundigheid op proces en nadrukkelijk niet op inhoud. Op inhoud van het geheel van ervaringen is niemand anders dan de persoon zelf de deskundige over zichzelf. Dat is de kern van zelfhulp.

Naast FACT-teams zoals hierboven reeds vermeld bestaan er ook meer cliëntgestuurde herstelprojecten zoals 'Herstellen doe je zelf' en 'HEE-programma.

- Herstellen doe je zelf

Dit is een gestructureerd, door ervaringsdeskundigen ontwikkeld programma, bestaande uit een serie bijeenkomsten waarin mensen met psychische aandoeningen onder leiding van ervaringsdeskundige cursusleiders reflecteren op en ervaringen uitwisselen over thema's die te maken hebben met het leven met een psychische aandoening en met persoonlijk en maatschappelijk herstel. Belangrijke elementen van het programma zijn het leren van elkaars ervaringen, de aanwezigheid van rolmodellen en het bieden en ontvangen van onderlinge steun. Het programma beoogt naar zeggen van de initiatiefnemers onder andere bij te dragen aan de zelfwaardering, de empowerment, de hoop en de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische problemen (van Gestel, Buitendijk, Brouwers, & van Nieuwenhuizen, 2013).

- HEE

HEE staat voor Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. Het HEE-project is feitelijk een omvattender programma, bestaande uit 'herstelwerkgroepen', studiedagen, cursussen, themabijeenkomsten, voorlichting, advisering en coaching. De kern van het HEE-programma bestaat uit een breed samengesteld team van geschoolde, ervaringsdeskundige docenten / coaches / adviseurs. De herstelwerkgroep vormt daarbij de basis van het HEE-programma. De primaire doelstelling van een herstelwerkgroep is deelnemers de gelegenheid te geven 'hun herstel zelf actief ter hand te nemen' en 'de regie over het eigen leven weer terug te nemen'. Empowerment en ontwikkeling van ervaringskennis zijn hierbij bedoelde bijproducten. Mensen met psychische aandoeningen zelf vormen dus de belangrijkste doelgroep maar ook de belangrijkste kennisbron van het programma. Daarnaast worden, mede op basis van de bevindingen in de diverse werkgroepen en cursussen en de kennis die daaruit resulteert, voorlichtings-, deskundigheidsbevorderings- en adviestrajecten voor professionals, instellingen en opleidingsinstituten georganiseerd (Boevink W. , 2009).

6. Oplossingsgerichte, cognitieve systeemtherapie

6.1.Oorsprong

Het Brugs model is onder andere geïnspireerd op Milton Erickson. Hij beschouwde de symptomen van een probleem eerder als bekwaamheden, nuttige overlevingsstrategieën, dan als uitdrukkingen van één of andere pathologie. Dit noemt men 'utilisatie'. Men kan ze omschrijven als een proces van integratie van de perceptie en het gedrag van de cliënt in het therapeutisch werk (Y. Dolan, 1985 in Le Fevere de Ten Hove, 2007).

Het Brugse model heeft zich ook laten inspireren door voorlopers Steve de Shazer en Kim Berg. Zij ontwikkelden een oplossingsgericht therapiemodel uit een aantal Ericksoniaanse technieken. Enkele stellingen van hen die beschreven werden in boek 'Korte therapie' van Le Fevere de Ten Hove Myriam waren deze volgende:

- 'De klasse van de problemen behoort niet tot de klasse van de oplossingen': Hierbij stelt men dat de analyse van de problemen niet nuttig zou zijn om tot oplossingen te komen. De analyse van de oplossingen van de cliënt zou veel nuttiger zijn.
- 'De patiënt is de expert van zijn therapie'. Het is de patiënt of cliënt die z'n doel bepaalt en de weg om dit te bereiken.
- 'Wat niet stuk is moet je niet maken'. Alles wat goed loopt in het leven voor de cliënt laten we zoals het is.
- 'Als iets werkt, doe zo voort'.
- 'Als iets niet werkt, doe dan iets anders'.

Oorspronkelijk zijn er een aantal grondbeginselen van de oplossingsgerichte therapie. Die staan beschreven in praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie. De onderstaande epistemologische en ethische principes benoemt Luc Isebaert als de belangrijkste. Hieronder staan ze zo goed als letterlijk beschreven zoals in zijn boek (Isebaert, 2007):

- Ieder mens draagt de mogelijkheid/ heeft eigen capaciteiten om eigen problemen op te lossen en zijn beperkingen te aanvaarden. In therapie worden die mogelijkheden gerealiseerd. Daarbij richt men zich bij voorkeur op de gezonde krachten/ resources, in plaats van op de problemen en zwaktes.
- We leven in het hier en nu. Het verleden is geen realiteit meer en de toekomst is nog niet aan de orde. Uit het verleden kunnen we inzichten en gewoontes aanwenden. In de toekomst kunnen we doelen en wensen projecteren. Beide helpen om het heden vorm te geven, maar behoren niet tot de actuele realiteit.
- Gewoontes kunnen niet afgeleerd worden. Nieuwe gewoontes kunnen daarentegen wel worden aangeleerd of ontwikkeld. Doel van de therapie is gewenste gewoontes te ontwikkelen, die de cliënt kan verkiezen boven ongewenste.

- Een mens kan alleen zichzelf veranderen. De cliënt moet zijn eigen successen boeken: therapie is altijd zelftherapie. De therapeut creëert, samen met de cliënt en z'n steunfiguren, de context waarin deze zelftherapie mogelijk wordt.
- Alleen de cliënt kan de doelen van z'n therapie bepalen. Hoe nuttig de inzichten van de therapeut ook zijn, zolang de cliënt ze niet met hem deelt, mogen ze niet opgedrongen worden. Zijn er goede gronden toch aan te sturen op verandering, dan dient de therapeut zich er bewust van te zijn dat hij uit z'n therapeutische rol stapt en een beschermende relatie aangaat.
- We dienen de cliënt te helpen veranderen wat hij wil veranderen, te aanvaarden wat hij niet kan veranderen, tevreden te zijn met zijn bestaan. Het betekent onder meer dat hij oefent met de gewoontes waar hij voor kiest.
- Als het doel van de therapie is de cliënt te helpen zo te leven zoals hij wil leven, en dus de gewoontes in te oefenen die hij zich eigen wil maken, dan kun je niet om de ethische vraag naar de existentiële keuzes heen. Vaak gebeurt dat impliciet, maar nu en dan dient er expliciet te worden op aangestuurd.

6.2. Therapeutische doelen

Graag wil ik nog wat verder ingaan op het bepalen van doelen, hoe men doel van cliënt benadert binnen oplossingsgerichte therapie. Dit werd onder andere beschreven in het boek van Luc Isebaert: 'Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie'.

Doel wordt bepaald door cliënt

Het is belangrijk dat therapeut doel van cliënt kan volgen, want als die iets anders wil bereiken, kan de motivatie verdwijnen van de cliënt. De cliënt is altijd voor iets gemotiveerd, ook al is dat niet hetzelfde waarvoor hij is doorverwezen. Volgend voorbeeld is iets die bij ons op het werkveld veel voorkomt:

Cliënt wordt doorverwezen door huisarts omdat hij te veel alcohol drinkt. Cliënt vindt dit geen probleem, maar wel dat hij zich depressief voelt en wil zich minder depressief voelen.'

Dan kan men verder aan de slag gaan met het feit dat hij zich depressief voelt. Dan zal hij zich misschien meer erkend voelen.

Om therapeutische successen te boeken, dient de cliënt zelf bepaalde gewoontes te veranderen. Het is niet evident om hem daartoe te motiveren als hij dit zelf (nog) niet kan of wil. Als therapeut kun je soms wel bepaalde mogelijkheden zien, op grond van ervaring waar de cliënt zich niet bewust van is.

Bv: Vanuit bovenstaande voorbeeld: psycho educatie geven rond effecten van alcohol, dat dit ook kan meespelen bij depressieve gevoelens, dat alcohol die nog meer kan versterken.

Kleine stappen richting het doel

Het is van belang om de stappen in de richting van het doel niet te groot te maken en geen al te lastige opdrachten te geven, werken op maat van de cliënt. Hoe kleiner de stap, hoe groter de kans dat de cliënt hem zet en uit eigen initiatief nog verder gaat hierin. De cliënt

kan zich nog meer versterkt voelen als therapeut de cliënt complimenteert op die kleine positieve veranderingen en dit op een gepaste manier.

Vaak is het handig om tussendoelen te stellen. Dit kan men doen door de volgende vragen te stellen:

- Wat is de volgende kleine stap zodat jij/ partner/ belangrijke anderen kunnen zien dat je op de goede weg bent? Hierbij kan men een duidelijker scenario laten beschrijven door cliënt, bv: Hoe ziet een oké dag eruit voor jou? Hoe sta je op? Wat doe je die dag? Wie is er bij je? Wat merken anderen op aan je? ...
- Wat is er al helpend? Hoe doe je dit nu al?
- Welke zaken kunnen nog helpend zijn om nog een stap verder te gaan? Hierbij kan men een schaalvraag stellen, waar ze zichzelf nu zien op een schaal tussen 0 en 10 en wat kan hen helpen om een kleine stap verder te komen op de schaal.

Daarbij dient er dan samen gekeken te worden naar realiseerbaarheid. Het is belangrijk dat het niet te groots wordt, concreet en haalbaar/ realiseerbaar is voor de cliënt zodat er achteraf geen gevoel van 'falen' komt. Hoe realistisch doelen zijn hangen af van onderstaande factoren af:

- Bezit de cliënt de noodzakelijke eigenschappen en vaardigheden om het doel te behalen? Zo niet, dan moeten die eerst nog worden aangeleerd.
- Is de therapeut bekwaam genoeg en heeft hij voldoende kennis van zaken om de cliënt tot zelfwerkzaamheid te bewegen?
- Kan de cliënt om met de omstandigheden hoe ze zijn?

Verbeelding kan ook helpen bij het stellen van een doel. Bv: *'Waaraan zal je zien dat je er meer begint door te komen? Waaraan zullen je belangrijke anderen dit zien?'*

Het helpt ook om negaties te vermijden, bv als men zegt *'Ik wil me niet meer depressief voelen.'* Dan kan het helpen om als therapeut te achterhalen wat men wel wil. Hierbij kan je eerst stilstaan bij het nut van een symptoom. Op welke manier is het symptoom helpend? Erna kan je bevragen hoe diezelfde hulp op een zo comfortabele manier kan mogelijk gemaakt worden. Dan zoek je samen met je cliënt naar andere mogelijkheden die zoveel als mogelijk in de buurt komen van die hulp/ het helpend effect dat het symptoom hen biedt.

6.3. Basisprincipes

Een aantal axioma's vanuit het Brugse model komen telkens terug in verschillende boeken over oplossingsgerichte therapie, alsook in de 4-jarige opleiding Korzybski. Hieronder staan er een aantal opgesomd:

- Sta stil bij de gezondheid van de cliënt, wat hij al goed doet/ wat er al goed is.
- Utilisatie: Haal de oplossingen uit de cliënt en zijn omgeving
- Het gaat om het werken met de doelstellingen van de cliënt en zijn omgeving, niet om de doelstellingen van de hulpverlener
- Verandering is onvermijdelijk
- De focus leggen op periodes waarin het probleem opgelost is of minder voorkomt, het zoeken naar uitzonderingen.
- Een goede coöperatie/ alliantie is van primordiaal belang.
- Ervan uitgaan dat iedereen autopoëtische mechanismen heeft.
- Iedereen heeft verschillende keuzemogelijkheden
- Zoeken van oplossingen in plaats van problemen

7. Besluit: oplossingsgerichte therapie binnen herstelvisie

Doorheen het lezen van dit eindwerk is het je als lezer misschien zelf al opgevallen hoeveel gelijkenissen er te vinden zijn binnen zowel herstelvisie als oplossingsgerichte therapie. Dit vooral in de waarden en basisprincipes.

Oplossingsgerichte therapie past goed binnen de herstelvisie omdat beide benaderingen gericht zijn op het versterken van de kracht en de mogelijkheden van de persoon, in plaats van op het benadrukken van tekortkomingen of beperkingen.

In de herstelvisie wordt de nadruk gelegd op de persoonlijke ervaring van de persoon en het idee dat herstel een individueel proces is. Oplossingsgerichte therapie richt zich ook op de ervaring van de persoon en benadrukt dat elke persoon over de hulpbronnen/ resources beschikt om zijn of haar problemen op te lossen.

Een belangrijk aspect van oplossingsgerichte therapie is het stellen van doelen. Dit sluit goed aan bij de herstelvisie, waarbij het stellen van doelen en het werken aan deze doelen de persoon helpt om controle over zijn of haar eigen leven te krijgen.

Wat heel sterk voorkomt binnen herstelvisie en bij oplossingsgerichte therapie is dat de cliënt het doel bepaalt. Als een therapeut iets anders wil bereiken dan cliënt, verdwijnt diens motivatie.

Bovendien benadrukt oplossingsgerichte therapie het belang van het versterken van de positieve aspecten in het leven van de persoon en het opbouwen van veerkracht. Dit sluit ook aan bij de herstelvisie, waarbij het belangrijk is om de nadruk te leggen op de persoonlijke kracht en het vermogen om te herstellen.

Oplossingsgerichte therapie is een meer duidelijke manier van hoe er kan gewerkt worden binnen herstelvisie. Het is een vorm van therapie, waarbij er specifieke technieken en interventies worden gebruikt om tot voldoening te komen, tot 'een voldoende oké-dag bijvoorbeeld'. Herstelvisie legt meer nadruk op het versterken van persoonlijke vaardigheden en veerkracht van de persoon en minder op bepaalde problemen. Binnen oplossingsgerichte therapie zijn er ook voldoende mogelijkheden om de veerkracht van een persoon te versterken, dit door kleine successen te helpen bekomen, zodat cliënt meer zelfvertrouwen krijgt.

Oplossingsgericht therapie ziet symptoom meer als een oplossing. Het is de beste oplossing die cliënt tot nu heeft. Dan is het doel om samen andere manieren te zoeken naast het symptoom die zo dicht mogelijk aanleunen bij de gewenste manier waarin het symptoom helpend is.

Bij herstelvisie kijkt men algemeen meer naar het symptoom als beperking, hoe men er op een zo goed mogelijke manier mee kan omgaan, zonder dat het een te grote belasting vormt in het dagelijks leven.

Ik zie herstelvisie meer als een omkadering en oplossingsgerichte therapie een vorm van therapie die perfect kan aansluiten binnen de herstelvisie. Oplossingsgerichte therapie heeft meer eigen handvaten hoe men cliënt en context kan begeleiden om tot bepaalde doelstellingen te komen.

Binnen herstelvisie zijn er ook nog handvaten hoe we cliënten benaderen vanuit hulpverlening algemeen, hoe we cliënten meer kunnen betrekken in hun eigen traject en hoe we dit vanuit hulpverlening kunnen versterken. De herstelvisie kijkt naar het groter geheel, alsook op managementniveau, hoe men binnen psychiatrie de mensen meer kunnen betrekken in hun eigen behandeling en hoe we de zorg zo laagdrempelig mogelijk kunnen houden.

In AZ Sint-Jan, waar ik werk als psychiatische verpleegkundige zet men nu ook hard in om herstelvisie meer te implementeren en dit doen men onder andere door gebruik te maken van Open Dialogue. Dit zal men doen door cliënten de mogelijkheid te bieden om deel te nemen aan een multi-disciplinaire vergadering, met de disciplines die bij hun traject betrokken zijn. Praktisch is het de bedoeling dat de vergadering ervoor al wordt voorbereid samen met cliënt en bijvoorbeeld betrokken verpleegkundige. Daarbij wordt stilgestaan wat ze verwachten van de vergadering, wat ze veranderd willen zien na de opname, wat hen een volgende stap vooruit kan helpen.

Er worden ook ervaringswerkers ingezet. Momenteel is er al een ervaringsdeskundige tewerk gesteld op managementniveau, die mee nadenkt over het beleid. Binnen het psychiatisch departement wil men nog meer uitbreiden en meer ervaringsdeskundigen aannemen om ook op afdelingsniveau te werken.

Bibliografie

- , F. F. (2019). Positieve Gezondheid en gezondheidspercepties van mensen met een lage SES. *Tijdschrift gezondheidswet*, 96-97.
- Adriaansen, M., & Caris, J. (2020). *Bevorderen van gezondheid en gezond gedrag*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Bakker, B. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de praktijk. *Tijdschrift voor psychiatrie* 50, 55-59.
- Boevink, W. (2009). *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren. HEE-gesch(r)ift*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Boevink, W. (2018). Professionalisering van ervaringsdeskundigen in de ggz: kans of risico? *Tijdschrift gezondheidswet*, 312-313.
- Frits Bovenberg, G. W. (2011). Inzetten van ervaringsdeskundigheid: pleidooi voor meer ervaringsdeskundigen op topfuncties. *SP*, 21-28.
- Hendriksen-Favier A., N. K. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hunsche, P. (2008). *De strijdbare patiënt. Van gekkenbeweging tot cliëntenbewustzijn*. Amsterdam: uitgeverij candide.
- Isebaert, D. L. (2007). *Praktijkboek Oplossingsgerichte cognitieve therapie*. Utrecht: De Tijdstroom .
- Le Fevere de Ten Hove, M. (2007). *Korte therapie*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Leamy M., B. V. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 445-452.
- Lingbeek, M. K. (2018). Herstel en vertrouwen: professionals, ervaringswerkers en de herstelvisie in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. *Beleid en Maatschappij*, 246-267.
- Staveren, R. v. (2018). *Hart voor herstel*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Steunpunt geestelijke gezondheidszorg. (2019, september). *globaal plan ervaringsdeskundigheid*. Opgehaald van herstelplatform.be: <http://www.herstelplatform.be>
- Trimbos instituut. (2014). *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Trimbos instituut.
- van der Stel, J. &. (2013). *quick scan: Resultaten scoren rond herstel*. Haarlem/ Sassenheim.
- van Gestel, J., Buitendijk, J., Brouwers, E., & van Nieuwenhuizen, C. (2013). *Persoonlijk herstel van cliënten in de maatschappelijke opvang*. Tilburg: Tilburg University.
- van Steekelenburg, E., Kersten, I., & Huber, M. (2016). *'Positieve gezondheid' in Nederland. Wie, wat, waarom en Hoe?* . Amersfoort: Institute for Positive Health.
- Van Weeghel, J. D. (1999). Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. . *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 150-165.
- Westen, K. V. (2020). FACT als onderdeel van wijkgerichte zorg in het (zorg)netwerk. *Tijdschrift voor psychiatrie* , 298-303.
- Wilken, J. P. (2012). Het verloop van herstelprocessen. *Tijdschrift voor Rehabilitatie nr 3*, 18-31.