
BASIS VOOR EEN NIEUWE SOCIAAL PSYCHIATRISCHE HULPVERLENING: SOCIALE RECHTVAARDIGHEID

Ben Venneman en Kees Onderwater

Prelude

"Er bestaan geen omstandigheden in het leven waar een mens niet aan gewend kan raken, zeker wanneer hij ziet dat deze omstandigheden overal om hem heen worden aanvaard". Wij nemen dit citaat van Lev Tolstoj in Anna Karenina als belangrijke motivatie voor ons werk. Wij pleiten voor een nieuw en krachtig elan van de sociale psychiatrie om mensen uit hun gewenning los te halen. Vanuit de oorspronkelijke kenmerken van sociale psychiatrie pleiten wij voor een ontwikkeling van de GGZ die werkt aan een samenleving die minder marginaliseert en uitstoot. Een GGZ die verantwoordelijkheid neemt voor problemen die om specialistische behandeling vragen. Die de maatschappelijke en culturele context serieus neemt. Die sociale rechtvaardigheid als basis van werken neemt. Die mensen zelf betreft bij het vinden van oplossingen en daarvoor ruimte creëert voor ondersteuning en meedoen in de wijk. Een GGZ die de bewoners (potentiële gebruikers) betreft bij de vormgeving van een GGZ die zij zelf in hun omgeving wensen en denken nodig te hebben.

Inleiding

De organisatie van de zorg in Nederland gaat in het komende decennium drastisch veranderen. Er zullen oplossingen worden gezocht voor de voortschrijdende bureaucratie en de almaar stijgende kosten. In de geestelijke gezondheidszorg zal dat vrijwel zeker gaan leiden tot een verschuiving van activiteiten van specialistische naar generalistische GGZ (NZA, 2011). Veel maatschappelijke ondersteuning, activering en welzijn van cliënten met geestelijke gezondheidsproblemen wordt op dit moment nog vanuit de specialistische GGZ geleverd. De GGZ is in de afgelopen decennia teveel gefuseerd, teveel vermarkt, teveel gebureaucratiseerd, te veel geprotocolleerd, teveel gemethodiseerd (Wampold, 2005) en teveel geprofessionaliseerd (Giddens/Kunneman). In een eerder artikel wezen wij erop dat aanpassen en verbeteren van het huidige systeem niet meer helpt en het systeem teveel in de eigen raderen is vastgelopen (Venneman/Onderwater, 2012; (Rotmans, 2010).

Dat kan én moet anders, is de algemene (politieke) stemming in het land. Er komt een beweging op gang waarin het aanbod van de GGZ-instellingen niet meer leidend is. Zelfgeorganiseerde hulp en steun van burgers, cliënten en hun omgeving vormen het vertrekpunt (RMO, 2010; WRR, 2012). Onze overtuiging is, dat het nog beter gaat lukken als veel van wat nu door specialistische zorginstellingen wordt geboden, door generalisten van zorg, welzijn of maatschappelijke dienstverlening geleverd wordt.

De vanzelfsprekendheid van GGZ-specialistische zorg is wat ons betreft voorbij.

Deze verandering in de zorg en gerichtheid op eigen kracht van burgers roept de dringende vraag op hoe de GGZ-zorg vorm te geven en recht te doen aan mensen met fysieke en mentale stoornissen en beperkingen.

Ondanks alle bemoeienissen stapelen de maatschappelijke problemen zich voor hen op, moeten ze alle zeilen bijzetten om in de samenleving mee te kunnen doen als burgers, die op voet van gelijkheid verkeren met andere burgers (Nussbaum, 2006).

Nieuwe manieren van zorg aanbieden in wijken - onder andere Buurtzorg Nederland (Pool en Mast, 2011), sociale wijkteams in Leeuwarden en Enschede en ook lokale zorgnetwerken bewijzen dat het mogelijk is om het roer radicaal om te gooien en te werken in wijken vanuit de wensen van cliënten en medewerkers. Het primaat voor het aanbieden van (GGZ) zorg aan de meest 'moeilijke mensen' en complexe huishoudens ligt niet langer exclusief bij de GGZ-instellingen. Veel organisaties richten zich, met een eigen aanbod of in keten of netwerkverband op de cliënten of huishoudens met complexe problematiek.

De huidige ontwikkelingen vragen om een fundamentele herbezinning van de rol van sociale psychiatrie en welke betekenis zij (nog) heeft voor GGZ-cliënten.

In ons betoog zoeken we naar antwoorden op deze vragen en bouwen verder op het artikel 'Sociale psychiatrie als basis voor eigen kracht in de wijk (Venneman, Onderwater, 2012). Daarin pleiten we voor een terugkeer van de sociale psychiatrie in de wijk. Het door ons geschreven manifest Sociale Psychiatrie (Venneman, Onderwater, 2012, pag. 30) zien we als een inhoudelijk paspoort voor degenen die aan de slag gaan in de wijk.

Dit artikel gebruiken we ook om het manifest kracht te geven door het begrip 'sociale rechtvaardigheid' onvoorwaardelijk te koppelen aan de negen uitgangspunten van het manifest. Sociale rechtvaardigheid als professionele claim in het aanbod van een sociaal psychiatrische benadering!

Sociaal psychiatrische ondersteuning in de wijk dient haar directe institutionele banden met de specialistische GGZ te verbreken en haar generalistische en integrale aanbod onder de hoede van maatschappelijke dienstverlening en welzijn aan te bieden. We sluiten hiermee aan bij de huidige ontwikkeling van het werken met wijkteams of sociale teams. Daarvoor is het naar onze mening nodig om sociale psychiatrie als een pijler van wijkgericht hulpverleners nader te beschouwen. Daarnaast bepleiten we een centrale rol voor de bewoners bij het vormgeven wijkgericht hulpverleners.

Het fundament: sociale psychiatrie heroverwogen

"Het paradoxale in de situatie van de psychiatrie is dat sterk sociaal psychiatrische, op de gemeenschap gerichte initiatieven juist vanuit de intramurale (specialistische) psychiatrie werden en worden genomen" zegt professor Giel al bij zijn afscheid in 1994. Toen al was er een devaluatie van het begrip sociale psychiatrie gaande, die zich de laatste decennia heeft doorgezet. Reden voor het toenmalige Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid om het concept van de sociale psychiatrie in kaart te brengen. De vijf kenmerken die uit dat onderzoek (Kok en Donker, 1996) naar voren kwamen gelden nog altijd als belangrijk fundament (Van der Padt/Venneman, 2010). Het voorkomen dat bepaalde groepen cliënten in de samenleving worden gemarginaliseerd en uitgestoten. De speciale aandacht die sociale psychiatrie geeft aan de epidemiologische en sociale context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt, betekenis krijgt en in stand wordt gehouden. De focus die altijd gericht is op de cliënt in zijn maatschappelijke en culturele context. De aandacht die er is voor de inbreng en keuzevrijheid van de cliënt en de ondersteuning die flexibel is georganiseerd. In de jaren tachtig was er ook al een groeiende kritiek op de toen geldende traditionele vormen van hulpverlening. Dit was vooral gericht op de individualisering van problemen, de sociale aanpassing van cliënten en de bureaucratisering van instellingen!

In de politiserende hulpverlening (de Turck, 1983; van Riet en Wouters, 1985) werd nadrukkelijk verband gelegd tussen problemen van cliënten en de maatschappelijke en situationele achtergronden ervan.

Volgens ons zijn politiserende ontwikkelingen en kenmerken van sociale psychiatrie verloren geraakt in de marge van de professionalisering, de markt en het fusiegeweld in de GGZ van de afgelopen 20 jaar. De stellige opvatting dat maatschappelijke omstandigheden ziekmakend kunnen zijn en mede veroorzaker zijn van geestelijk gezondheidsproblemen is echter wel overtuigend overeind gebleven. En heeft de laatste 10 jaar steeds meer onderbouwing gekregen, ook vanuit aangrenzende vakgebieden.

Zo is er veel evidentie dat de mate waarin sociale problemen en geestelijke gezondheidsproblemen zich voordoen, nauw gerelateerd is aan het inkomen, maatschappelijke positie en rollen. Armoede heeft een directe invloed op geestelijke gezondheid (Hodiamont, 1998; Reelinck, 2010; NJI, 2012; MGv, 2012). Inwoners van welgestelde wijken worden gemiddeld ouder en doen dat gemiddeld in een betere gezondheid. De westerse maatschappijen richten zich ondanks deze wetenschap (zeker in de VS en Groot Brittannië) steeds meer op de mensen die het gemaakt hebben. De solidariteit wordt steeds minder en de verliezers moeten het verder zelf maar uitzoeken. (Judt, 2010). Het recht van de sterkste wordt in dit neoliberale tijdperk als norm voor groei en vooruitgang gezien.

Dat dit ten koste gaat van een grote groep mensen die niet meer meedoen wordt op de koop toe genomen. Verliezers raken geïsoleerd en zijn steeds minder geïnteresseerd in wat er in de samenleving gebeurt. Ze zijn niet betrokken bij de sociale en maatschappelijke ontwikkeling, de buurt (Kal, 2001; 2012). Een groot deel heeft geen vertrouwen meer in de medemensen (Jehoel-Gijsbers, 2004). De mate van psychisch welbevinden heeft een sterke samenhang met het ontstaan van sociale uitsluiting. Nussbaum (2012) beschrijft de geschiedenis van Vasanti, een vrouw uit India, waarin zij streeft naar een eigen ontwikkeling in weerwil van maatschappelijk omstandigheden (rol van vrouwen, kaste, religie, familie, analfabetisme).

Andries Baart (1998; 2001; 2008) verwijst in verschillende publicaties over de presentietheorie regelmatig naar uitsluitingsprocessen, marginalisering van groepen burgers en de invloed daarvan op gezondheid, waardigheid en participatie. Maar ook in bredere onderzoeken naar sociale contacten en sociaal isolement wordt isolement als een bestaansrisico gedefinieerd. Het heeft grote consequenties voor individueel welzijn. "Winners" beschikken in onze huidige samenleving over meer sociaal kapitaal dan "losers" (Hortulanus, e.a, 2003; Machielse, 2003)

Naar onze mening hebben de geestelijke gezondheidszorginstellingen veel te weinig geïnvesteerd in de sociale en maatschappelijke oorzaken van geestelijke gezondheidsproblemen. Ook in Nederland is de GGZ zich gaan richten op de individuele gevolgen ervan en het behandelen van stoornissen. Daarmee is ze verworpen tot een 'Stoornissenfabriek', met nadruk op symptoombestrijding. Margreet de Pater (2012) noemt de GGZ een 'psychiatrisch industrieel complex' en stelt in haar boek dat sommige mensen onder ons in een virtuele wereld leven, een maatschappelijk probleem dat iedereen raakt. Ze benadrukt dat het maatschappelijke isolement niet op te lossen is door psychiatrische opnames, maar ziet contact herstellen door de mensen om iemand heen als een belangrijke opgave.

Het stemmen horen project van Esscher en Romme heeft in dit verband op een andere wijze belangrijke conclusies opgeleverd. Stemmen komen vaak voort uit een trauma of machteloos makende situatie in het dagelijks leven. Het suggereert dat er een relatie is tussen stemmen horen en belangrijke gebeurtenissen in de levensgeschiedenis. De boodschap is de hulpverlening zich, in het proces van de persoon die stemmen hoort, richt op het ondersteunen van de kracht en de hulpbronnen van de stemmenhoorder zelf (Esscher, 2005, Romme, 1999, Boevink en Escher, 2001).

Sociale psychiatrie is de laatste decennia ingeweven en ondergesneeuwd door deze stoornissenfabriek waarin mensen worden opgesplitst in deelproblemen, ingeschaald met zorgzwaartepakketten en behandeld met protocollen en richtlijnen. Niet de maatschappelijke context en de vraag van een mens is vertrekpunt, maar het aanbod is leidend. De 'Stoornissenfabriek' is steeds meer gaan geloven in haar eigen kunnen en heeft haar markt opgerekt door ogenschijnlijk normaal maatschappelijk gedrag te medicaliseren en als stoornis te labelen.

Het moet gezegd, er zijn veel mensen die baat hebben bij deskundige psychiatrische hulp. Daartegenover zijn er groepen burgers met psychiatrische klachten en ziekten die zich niet willen laten labelen en hun eigen oplossingen zoeken. Soms in de vorm van alternatieve zorg, steun zoeken in eigen kring, of zich steeds meer afzijdig houden van het leven in de buurt.

Een specifieke groep burgers in wijken betreft mensen met langdurige, hardnekkige psychiatrische problemen. Vooralsnog richt het overgrote deel van het GGZ-aanbod zich op behandeling en begeleiding van ziekte en sluit onvoldoende aan bij de behoefte aan ondersteuning bij alledaagse besognes en meedoen in de buurt.

De 'Stoornissenfabriek' stelt in haar specialistische aanbod niet de maatschappelijke inbedding van een mens met langdurige psychiatrische problematiek voorop. Het verhelpen en begeleiden van de stoornis is voor hen het begin- en eindpunt.

Sociale psychiatrie heeft zich naar onze mening teveel laten leiden door de ontwikkeling naar steeds meer specialismen en heeft zodoende haar eigen belangrijke waarden en historie verloochend. Ieder mens wil de regie over zijn eigen leven. Mensen met een beperking of stoornis komen veel obstakels tegen bij het zelfstandig sturing geven aan het leven. Niet (kunnen) meedoen, stapeling van praktische problemen, ontbreken van basale levensvaardigheden of het ontbreken van (professionele) steun veroorzaakt isolement, en soms een toename van 'afwijkend' gedrag.

Het zijn stuk voor stuk zaken die om een indringend antwoord vragen. Wat ons betreft met een nieuwe agenda van de sociale psychiatrie.

De door ons geformuleerde negen principes van het manifest Sociale Psychiatrie (Venneman/Onderwater, 2012) zijn de basis van die agenda. Maar dat alleen is te mager en heeft de neiging om te blijven hangen in mooie woorden. Waar het ons om gaat is dat hulpverleners die zeggen sociaal psychiatrisch te werken, dat baseren op het begrip sociale rechtvaardigheid en het ondersteunen van mensen die een leven willen opbouwen dat overeenstemt met hun menselijke waardigheid. Dat we hiermee ook onmiskenbaar een politieke dimensie toevoegen zal verderop aan de orde komen.

Sociale rechtvaardigheid

Dit begrip ontlenen we wij aan het werk van filosofe Martha Nussbaum (2006, 2012). Sociale rechtvaardigheid is het centrale thema in de door haar ontwikkelde 'capability-benadering'. Capabilities staat dan voor menselijke vermogens.

Zij heeft een rechtvaardigheidstheorie ontwikkeld die de basis vormt voor een lijst van tien essentiële capabilities (zie bijlage). In essentie zegt zij dat als we een inschatting willen maken van een elementair fatsoen of rechtvaardigheid in een samenleving, de kernvraag dient te luiden: 'Wat kan elk persoon doen en zijn?' Wat ook de uitkomst zal zijn van deze vraag, Nussbaum vindt dat het respect voor het vermogen tot zelfbepaling van elk mens uitgangspunt is.

Ze neemt stelling door de samenleving en de overheid verantwoordelijk te maken voor het beschikbaar zijn van kansen en mogelijkheden. Ieder mens heeft het recht op zelfbepaling en daar horen keuzes en vrijheid bij. Met het formuleren van de tien essentiële capabilities - menselijke vermogens, geeft ze de overheid, en in onze ogen ook hulpverleners een kader mee voor het dagelijks professioneel handelen. Het helpt om je als professional uit te spreken over wat nog fatsoenlijk en sociaal rechtvaardig is om als burger met problemen op vele gebieden, aanspraak te maken op een menswaardig bestaan. Ieder mens heeft, ook als professional, een intuïtief gevoel van 'wat nog kan, wat acceptabel is'. Welke grens of drempel je als individuele professional of als team vaststelt.

In onze ogen is het maatschappelijke doel en de opdracht voor welzijn en zorgwerkers om mensen boven deze drempel uit te tillen. Het is in feite een vraag om de uitspraak te doen wat je als team en als individuele hulpverlener sociaal rechtvaardig vindt. Ook al heeft een mens een minimale mate van zelfbepaling en vermogen, dan nog is er in onze ogen sprake van gelijkheid. Los van het feit of hij een volgens onze maatstaven volwaardige rol kan spelen in het maatschappelijke verkeer.

Veel verhalen van mensen met een fysieke en mentale beperking zijn doordeesemend met de moeite om een maatschappelijke rol te spelen en aanspraak te doen op die vermogens. Wij vinden dat hulpverleners, om te beginnen, zich moeten uitspreken over wat zij in hun werk als drempel hanteren bij de tien menselijke capabilities (vermogens). Het innemen van een standpunt over wat menswaardig en sociaal rechtvaardig is, vinden wij een bittere noodzaak. De overheidsboodschap van 'eigen kracht', 'burgers doen mee' en 'vertrouwen in burgers' (WRR, 2012), laat zich in de dagelijkse praktijk niet zo makkelijk sturen. Wie helpt de mens die zijn stem niet kan laten horen, of helpt mee om fatsoenlijke levensomstandigheden haalbaar te maken? Hulpverleners hebben daarin ook een rol en morele plicht om zich te laten horen. Zich uit te spreken over lokale, sociale en politieke kwesties en waar nodig partij te kiezen voor burgers waar het niet goed mee gaat.

Veel mensen met een - langdurige - fysieke en mentale beperking ondervinden een ondermijnende achterstand (Wolff en de Shalit in Nussbaum, 2012). Dat is dagelijks merkbaar in het afgesloten voelen van het maatschappelijke verkeer, gevoelens van overbodigheid, stigmatiserende opmerkingen, enzovoort. Het opheffen van die ondermijnende achterstand ligt in het verlengde van het streven naar een menswaardig bestaan. Daarbij komen we weer uit bij vragen over iemands kansen en keuzemogelijkheden, wat iemand in de positie waarin iemand verkeert werkelijk kan doen en kan zijn. Het beantwoorden van die vragen kan niet worden overgelaten aan instituten of instellingen. Het begint volgens ons bij de hulpverlener die aanspreekbaar is op het opheffen van ondermijnende achterstand en een leven van cliënten dat een minimale drempel van waardigheid en rechtvaardigheid heeft.

Manifest sociale psychiatrie en sociale rechtvaardigheid

Het door ons gepresenteerde Manifest was een eerste poging om de agenda van de sociale psychiatrie te vullen. Het zijn stuk voor stuk uitspraken die verwijzen naar de essentiële vermogens van ieder mens en sociale rechtvaardigheid.

Sociale rechtvaardigheid is een begrip van hoop. Iets wat toch bereikbaar moet zijn voor iedereen. Ieder mens heeft een intuïtief gevoel bij wat rechtvaardig is. Soms maatschappelijk uitvergroet in stille tochten of in het klein uitgedrukt door hulpverleners die 'professioneel ongehoorzaam' zijn.

Wij spreken hulpverleners die gevangen zitten in hun eigen intuïtie van rechtvaardigheid. Ze moeten werken volgens vastgestelde richtlijnen en protocollen, ingemetseld in productieafspraken. Zodra we de vraag voorleggen wat ze doen met hun gevoel van sociale rechtvaardigheid komen de verhalen los. Vaak weten ze precies te vertellen wat er 'moet gebeuren' in een situatie. Hoe een cliënt met wat leugentjes om bestwil aan een andere woning wordt geholpen, hoe ze informeel extra bijstand regelen enzovoort.

De kernopgave voor de sociaal psychiatrische hulpverlener ligt wat ons betreft daarin opgesloten: het opheffen van ondermijnende achterstanden van mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem door het scheppen van mogelijkheden om het vermogen tot zelfbepaling op alle levensgebieden mogelijk te maken. Er is behoefte aan sociaal psychiatrische hulpverleners die kritisch en zelfstandig denken, en de discussie aangaan over levensomstandigheden, stigmatiserende tendensen in de samenleving bespreekbaar maken, uitwassen van de Stoornissenfabriek aan de kaak stellen.

Sociale psychiatrie: een nieuwe agenda?

In het voorgaande hebben we in grote stappen beschreven hoe naar ons idee de sociale psychiatrie van haar pad is geraakt. Daarbij hebben we niet gestreefd naar een allesomvattende analyse. Wat ons aan het hart gaat is dat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en masse zijn verdwenen in de coulissen van de Stoornissenfabriek en met hen het kenmerkende van sociale psychiatrie als vakgebied en ideologie.

Terwijl het werk voor het oprapen ligt in de wijken trekken werkers zich terug in de coulissen van de Stoornissenfabriek. Een grote groep mensen met complexe psychiatrische problemen woont reeds in wijken en er komt een nieuwe groep aan met de aangekondigde beddenreductie (VWS, 2012). Een deel van de SPV-en werkt vanuit het GGZ-instituut in Fact en Act teams. Deze teams, ontwikkelt vanuit de intentie om meer mensen thuis beter te begeleiden, zijn bezig aan een opmars (Marjan Drukker e.a, 2012). Maar dat zegt nog niet dat hierdoor mensen met complexe psychiatrische problemen ook maatschappelijk beter zijn gaan functioneren. Onze indruk is dat Fact en Act optimaal inzetten op het stabiliseren, het beheersbaar maken van psychiatrische problemen en het in zorg houden van deze groep. Er wordt ook aandacht besteed aan het stimuleren van maatschappelijke participatie. Daarbij wordt echter nog te weinig winst geboekt op het gebied van werk, sociale contacten en maatschappelijk functioneren. De mogelijkheden van de Stoornissenfabriek blijken hier te kort te schieten. Zij richten zich immers op psychiatrische problemen! De Veen (In: Van Hintum, 2012) waarschuwt in dit verband voor ' thuishospitalisatie'.

Wij houden een pleidooi om een duidelijke keuze te maken en dichter bij de mensen te gaan staan. Wij pleiten ervoor om dat te doen vanuit een andere positie in het werkveld. In de wijk is het mogelijk meer te richten op de leefwereld en mensen te ondersteunen bij het leven met beperkingen en het vinden en maken van verbindingen. Sociale psychiatrie heeft van oudsher haar opdracht gevonden in het bespreekbaar maken en verbeteren van maatschappelijke omstandigheden die mede veroorzaker zijn geestelijke gezondheidsproblemen.

Durf de negatieve en versturende invloeden die uit kunnen gaan van de leef- en maatschappelijke situatie aan te kaarten. Wordt weer de belangenbehartiger van cliënten die een extra duwtje in de rug kunnen gebruiken.

Laat die opgave weer doorklinken in het werk.

Durf in het contact met cliënten samen te zoeken naar het opheffen van onrecht, stel sociale rechtvaardigheid voorop, stimuleer en empower cliënten om keuzes te maken die goed voor hun ontwikkeling zijn. Sociale psychiatrie als vakgebied en ideologie heeft behoefte aan meer kritisch denken en een respectvolle discussie over wat waardigheid van mensen met beperkingen inhoudt. Wat ons betreft wordt de agenda van werkers in de sociale psychiatrie niet langer gedomineerd door economisch gewin, DSM-diagnoses en het behandelen van stoornissen. Laten we over onze eigen angsten en zorgen heen te stappen en voluit kiezen voor het in de wijk, buurt, dorp of stad ondersteunen van mensen met soms zware psychiatrische problematiek. Dat kan als het werk in de wijk weer wordt opgepakt met respect voor de zelfregie van mensen (wat kunnen mensen werkelijk doen en zijn!) en sociale rechtvaardigheid als nieuwe waarde in het werk.

Uitgeleide

We hebben in het eerste artikel (SP, maart 2012) een overzicht gegeven van ontwikkelingen in de markt van zorg en welzijn en de rol van de sociale psychiatrie. Met het schrijven van het Manifest Sociale Psychiatrie gaven we een sociaal psychiatrisch kompas om aan de slag te gaan. Dit tweede artikel verdiept onze visie op sociale psychiatrie door het begrip sociale rechtvaardigheid en menselijke waardigheid als basis mee te geven. Hoe deze inzichten om te zetten naar sociaal psychiatrische wijkhulpverlening is ons volgende artikel en is tevens de afronding van onze trilogie 'sociale psychiatrie in de wijk'.

Reacties

Kees Onderwater: kees.onderwater@planet.nl
Ben Venneman: info@benvenneman.nl

Meer informatie

www.werkenindewijk.nu

Literatuurlijst

- Baart, A., 1998, Zorg geven aan armen: de opgave om dichterbij te komen, In: *Sociale overbodigheid*, uitgave KSGV, 50 - 98
- Baart, A., 2001, *Een theorie van de Presentie*, Utrecht: Lemma, 2e druk
- Baart, A., Grypdonck, M., 2008, *Verpleegkunde presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*, Den Haag: Lemma
- Boevink W., Escher S., 2001 *Zelfverwonding begrijpelijk maken*. Bemelen St. Positieve gezondheidszorg.
- Drukker, M., Visser, E., Kortrijk, H., Laan, W., Smeets, H., Os van, J., 2012, Zorggebruik van patiënten in ACT of Fact - cijfers uit vier Psychiatrische Casus Registers, In: *MGV*, jaargang 67, nummer 6, september 2012, 319 - 327.
- Escher S., 2005. *Making sense of psychotic experiences*. Maastricht, Universiteit
- Hintum, M., 2012, Het bed uit - Hoe moet ambulante zorg eruit zien?, In: *MGV*, jaargang 67, nummer 6, september 2012, Ter discussie 294 - 297
- Hodiament, P.P.G., 1998, Armoede en geestelijke gezondheid, In: *Sociale overbodigheid*, redactie L. Laeyendeckere.a, publicatie KSGV, Nijmegen
- Hortulanus, R, A. Machielse, L. Meeuwesen, 2003. *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. 's Gravenhage, Elsevier overheid
- JehoelGijbsbers, G, 2004. *Sociale uitsluiting in Nederland*. Den Haag SCP
- Judt, T., 2010, *Het land is moe; verhandeling over onze tevredenheid*, Amsterdam /Antwerpen, uitgeverij Contact

- Kal, D., 2001, *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*, Amsterdam: Boom
- Kal, D., 2012, Kwartiermaken, werken aan ruimte voor anders-zijn, In: tijdschrift *Sociale Psychiatrie*, maart, 32e jaargang, nummer 100, p 31 - 38
- Kok, I., Donker, M., 1996, *Sociale psychiatrie; een concept in kaart gebracht*, Utrecht: NcGV
- Machielse, A., 2003 *Niets doen, niemand kennen. De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen*. 's Gravenhage, Elsevier overheid
- MGv, 2012, congresverslag An African footprint in Global Mental Health, *MGV-online*, http://www.mgv-online.nl/lopende_zaken/bericht/4/An-African-footprint-in-Global-Mental-Health
- NJI, 2012, dossier Armoede in gezinnen, Utrecht, <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=115243>
- Nussbaum, M., 2006, *Grensgebieden van het recht: Over sociale rechtvaardigheid*, Amsterdam: Ambo
- Nussbaum, M., 2012, *Mogelijkheden scheppen. Een nieuwe benadering van de menselijke ontwikkeling*, Amsterdam: Ambo
- Pater de, M, 2012, *De eenzaamheid van de psychose; de rol van veilige strijdbij het ontstaan en het herstel van een psychose*, Amsterdam, SWP
- Pool A., Mast, J. 2011, *Eerst buurten, dan zorgen; professioneel verplegen en verzorgen bij Buurtzorg*, Den Haag; Boom/Lemma uitgevers
- Riet N. van, H Wouters 1985, *Helpen = Leren. Politiserend maatschappelijk werk als bijdrage tot emancipatie*. Assen; Dekker en van de Vegt.
- RMO, (2011) *Burgerkracht*, De toekomst van het sociaalwerk in Nederland, RMO, april 2011 Boer, N de; J. v.d. Lans <http://www.adviesorgaan-rmo.nl/publicaties/essays/2011/1644>
- Romme, M, A. Escher 1999. *Stemmen horen accepteren*. Baarn, Tirion.
- Venneman, B., Onderwater, K., 2012, Sociale psychiatrie als basis voor eigen kracht in de wijk, In: tijdschrift *Sociale Psychiatrie*, Uitgave VenVN-SPV, jaargang 32, nummer 100, maart 2012, 21 - 30
- Padt, van der I., Venneman, BJM, 2010, *Sociale psychiatrie, visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie*, Boom/Lemma: Den Haag, tweede druk
- Reelinck, F., 2010, *Langdurige armoede in de opvoedingscontext*, onderzoeksrapport Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Sociaal-wetenschappelijke afdeling, Rotterdam
- Turck B. de, 1983, *Politiserende hulpverlening, een oriëntering*. Amsterdam, Link
- VWS, 2012, *Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013 - 2014*, Den Haag: Ministerie van VWS
- WRR, 2012, *Vertrouwen in burgers*, uitgave Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Amsterdam; Amsterdam University Press.

Bijlage 10 essentiële capaciteiten van een mens (Nussbaum, 2012)

1. Leven. In staat zijn om een menselijk leven van normale duur tot het einde te leiden, niet voortijdig te sterven of voordat iemands leven zo gereduceerd is dat het niet meer de moeite waard is geleefd te worden.
2. Lichamelijke gezondheid. In staat zijn om een goede gezondheid te hebben, inclusief gezondheid met betrekking tot voortplanting. In staat zijn geschikt voedsel en onderdak te verwerven.
3. Lichamelijke onschendbaarheid. In staat zijn om je vrijelijk van de ene plek naar de andere te verplaatsen, en om gevrijwaard te zijn van tegen de persoon gericht geweld, inclusief seksueel en huiselijk geweld. Gelegenheid hebben tot seksuele bevrediging en keuzes inzake voortplanting
4. Zintuiglijke waarneming, verbeeldingskracht en denken. In staat zijn om de zintuigen te gebruiken, te fantaseren, te denken en te redeneren en deze dingen te doen op een 'waarlijk menselijke' wijze, die wordt geïnspireerd en gecultiveerd door adequaat onderricht, onder andere in - maar in geen geval beperkt tot - lezen en schrijven en elementair rekenkundig en natuurwetenschappelijk onderricht. Het vermogen verbeeldingskracht en denken te gebruiken in verbinding met ervaringen en het voortbrengen van werken en evenementen naar eigen keuze, religieuze, literaire, muzikale enzovoort. Het vermogen je geest te gebruiken op een manier die beschermd wordt door waarborgen voor vrijheid van meningsuiting met betrekking tot politieke en kunstzinnige expressie, en vrijheid van godsdienstbeoefening. Het vermogen aangename ervaringen te beleven en niet heilzame pijn te vermijden.
5. Gevoelens. In staat zijn om gehecht te zijn aan dingen en mensen buiten onszelf, om hen lief te hebben die ons liefhebben en zich om ons bekommeren, om te rouwen bij hun afwezigheid; in het algemeen om te binnemen, verdriet te hebben, en verlangen, dankbaarheid en gerechtvaardigde woede te beleven. In staat zijn om niet in je emotionele ontwikkeling te worden geremd door overweldigende zorgen en angsten. (de capability ondersteunen betekent vormen van menselijke relaties ondersteunen waarvan kan worden aangetoond dat ze essentieel zijn voor die ontwikkeling)
6. Praktische rede. In staat zijn om een conceptie van het goede te vormen en je bezig te houden met een kritische bezinning op de planning van je leven.
7. Sociale banden. A. In staat zijn om met anderen te leven, andere mensen te erkennen en zich om hen te bekommeren, om mee te kunnen doen aan diverse vormen van sociale interactie, en om je te verplaatsen in de situatie van een ander. B. kunnen beschikken over de maatschappelijke grondslagen die je wapenen tegen vernedering en in staat te stellen tot zelfrespect; het vermogen te worden behandeld als een waardig wezen wiens waarde gelijk is aan die van anderen.
8. Andere biologische soorten. In staat zijn om te leven met zorg voor en in relatie met dieren, planten en de wereld van de natuur.
9. Spel. In staat zijn om te lachen, te spelen en te genieten van recreatieve activiteiten
10. Vormgeving van de eigen omgeving. A. politiek. Daadwerkelijk kunnen participeren in politieke keuzes die je leven sturen. In staat zijn tot uitoefening van het recht op politieke participatie, bescherming van vrijheid van meningsuiting en vrijheid van vereniging en vergadering. B. materieel. In staat zijn eigendom te verwerven (zowel roerende als onroerende goederen) en om eigendomsrechten te hebben op gelijke voet met anderen. In staat zijn tot daadwerkelijk uitoefening van het recht om werk te zoeken op gelijke voet met anderen.