

---

# Nazorg en empowerment

---



Rianne Heidstra,  
Cindy Ziegerink

*Auteurs zijn SPV i.o.*

---

## Inleiding

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bestaat een groep patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). De behandeling van patiënten met EPA, is een langdurig en ingewikkeld proces. Herstel is breder dan alleen het verminderen van symptomen (Trimbos Instituut, 2012), het gaat ook over het maatschappelijk herstel, de deelname aan de samenleving en het persoonlijke herstel. Er wordt van 'ernstige psychische aandoeningen' gesproken wanneer er sprake is van een psychiatrische stoornis (inclusief middelenmisbruik en verslaving) die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);

- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren (GGZ standaarden, z.d.).

## De EPA doelgroep is vaak langdurig in zorg

Om de zorg voor deze doelgroep goed te organiseren, is gecoördineerde zorg van zorgnetwerken en professionals van belang. Daarnaast is het belangrijk om behandeling, begeleiding en ondersteuning in meerdere domeinen op elkaar af te stemmen.

In dit artikel is een literatuurstudie gedaan naar hoe de nazorg voor deze specifieke doelgroep is georganiseerd en wat de rol van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) hier in is (Vektis, z.d.). In hoeverre kan de eigen kracht bij mensen met EPA ingezet worden en is empowerment aan de orde? Het begrip empowerment staat voor controle herwinnen over het eigen leven, de levenskwaliteit, het toekomstbeeld, bewustwording, participatie, patiënt gestuurde professionele relaties, verandering en opstand als facetten van empowerment (Ajoulat et al., 2006) (Trimbos instituut et al., 2012).

Empowerment kan gezien worden als een groei of veranderproces waarin al die elementen een plaats krijgen. Maar hoe al deze elementen zich nu precies verhouden en welke betekenis zij spelen binnen nazorg is het onderzoeken waard.

## De centrale vraag

Hoe zou een goed nazorgtraject bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen eruit zien wanneer empowerment een wezenlijk onderdeel van de nazorg zou zijn? Om de centrale vraag te specificeren is gebruik gemaakt van deelvragen, dit zijn de paragrafen in het artikel. Om onze vragen te kunnen beantwoorden is een literatuuronderzoek gedaan. Hierbij willen we onderzoeken wat er in de literatuur geschreven is over de manier waarop empowerment toegevoegd kan worden aan nazorg.

## Wat is nazorg?

Nazorg is de laatste zorg en het laatste vangnet waar zorgvragers gebruik van kunnen maken na een behandeling of wanneer iemand in de laatste fase van een behandelcontact zit en de behandeling nagenoeg is afgesloten. Nazorg bestaat uit veel facetten. Zo kan iemand nog zorg krijgen tijdens het re-integreren naar werk, maar dit kan ook bestaan uit fysiotherapie na een beenbreuk. Mensen uit de EPA doelgroep zijn vaak in zorg bij Flexible Assertive Community Treatmentzorg (FACT) en of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), aan het einde van hun behandeling krijgen ze nazorg in het kader van terugvalpreventie. Na hun behandeling wordt de zorg vaak weer aan de huisarts overgedragen of aan het sociaal domein (CCAF, z.d.).

## Wat is empowerment?

Empowerment omvat twee kanten: enerzijds de kracht om jezelf te motiveren en jezelf in staat te stellen doelen te bereiken en anderzijds het vermogen de ander dezelfde ontwikkeling te laten doormaken.

Dit betekent dat:

- je gelooft in kansen en mogelijkheden;
- je in staat bent om eigen keuzes te maken;
- je in staat bent om besluiten te nemen, ongeacht wat een ander vindt, denkt en doet;
- je toegang hebt tot bronnen die helpen keuzes te maken en besluiten uit te voeren;
- je in staat bent om een koers uit te zetten;
- je de mogelijkheid hebt om nieuwe dingen te leren die je helpen je doel te bereiken;
- je de mogelijkheid hebt voor jezelf te staan en aan je mening vast te houden naast die van een ander;
- je ten alle tijden verantwoordelijk bent voor jezelf en je daden (Trimbos instituut et al., 2012).

De rol van de hulpverlener is om de zorgvrager bij dit proces bij te staan en enig zins wat te sturen zonder dat de zorgvrager zich beïnvloed voelt. Daarnaast is het belangrijk om gelijkwaardig aan elkaar te zijn. Als zorgverlener zal je een dienende en niet veroordelende rol innemen. Hiervoor zou de narratieve theorie zeer passen zijn (White M. 2009).

## Waarom is nazorg belangrijk?

De ambulantisering van de GGZ is het proces van afbouw van intramurale GGZ plaatsen en de opbouw van de ambulante zorg (behandeling, begeleiding en ondersteuning), in het bijzonder voor mensen met ernstige psychische problemen. Dit moet ertoe leiden dat meer mensen meer (intensievere) en betere ambulante zorg ontvangen waardoor intramurale zorg minder vaak ingezet zal hoeven worden. Deze ontwikkeling maakt dat de nazorg bij deze doelgroep een steeds belangrijker positie in gaat nemen (Dijk et al., 2020).

Het belang van nazorg wordt ook bij andere specifieke doelgroepen besproken. De kans dat een patiënt die behandeld is voor bijvoorbeeld een eetstoornis terugvalt, is aanzienlijk.

Dertig tot vijftig procent van de patiënten valt binnen een jaar terug in hun oude gewoonten. Goede nazorg na de behandeling kan de kans op een terugval verkleinen. (13 juni 2018 , pilot om nazorg bij eetstoornis te verbeteren en terugval te verminderen (Redactie, 2018).

Ook binnen de verslavingszorg benoemen ze met nadruk het belang van goede nazorg (GGD Amsterdam et al., 2016). De zorgvragers uit de verslavingszorg die ondervraagd zijn, geven zelf het belang van de nazorg aan. Zij benoemen dat je een verslaving een leven lang houdt. Hieruit kan opgemaakt worden dat deze zorgvragers op het moment dat de zorg wordt afgesloten nog niet voldoende empowerment hebben, om zonder hulpverlening verder te kunnen. Ook zijn ze bang voor een terugval. Ze geven aan dat dit pijnlijk en teleurstellend is en dat alles wat je tijdens de behandeling hebt opgebouwd, voor je ogen ziet wegvallen. Langelaan 2008 concludeert dat er een groot gat gaapt tussen de behandeling en de nazorg. Zorgvragers binnen de verslavingszorg benoemen met klem dat ze nazorg in de vorm van ondersteuning of bereikbaarheid van een contactpersoon missen. Zou dit dan ook geconcludeerd kunnen worden bij mensen met een psychiatrische stoornis? Als deze zorgvragers voldoende empowerment zouden hebben bij het afsluiten van de zorg, dan zouden ze steviger in de schoenen staan. Denk hierbij aan het maken van eigen keuzes en bijvoorbeeld het maken van de juiste beslissingen op de juiste momenten. Denk hierbij aan het tijdig aan de bel trekken bij dreigende crisis. Verder is het van belang dat zij bij het beëindigen van de zorg weten dat ze te allen tijde verantwoordelijk zijn voor zichzelf en hun handelen. Waar je echter in de huidige zorg tegen aanloopt is de financiering. Als een contact met een zorgvrager is afgesloten betekent dit dat contacten niet meer gedeclareerd kunnen worden. Waar een zorgvrager misschien met een telefoontje weer op de juiste weg komt, is dit in de praktijk bijna onmogelijk. Vaak zijn er een nieuwe verwijsbrief, intake etc. nodig, om de zorg opnieuw op te starten en financiering van de zorg mogelijk te maken.

Uit bovenstaande blijkt dat nazorg van belang is om terugvallen, zowel in middelengebruik als in psychiatrische stoornis, te voorkomen. Mensen raken uit beeld en komen pas weer in beeld als er sprake is van crisis. Een van de nadelen hiervan is, dat het vaak een enorme teleurstelling is voor mensen. Ook is de kans groter dat wanneer mensen in crisis raken, er meer problemen aan de orde zijn. Denk hierbij aan ruzies in het sociale netwerk, problemen op het werk of de dagbesteding of problemen met de woningbouw. Daarom is het belangrijk om vroegsignalering toe te passen en hierdoor tijdig in te grijpen en mensen nazorg te bieden. Voordeel zou kunnen zijn dat voor mensen die niet meer terugvallen, de zorg goedkoper is.

Wat is er bekend over nazorg bij ernstig psychiatrische aandoeningen?

Nazorg bij de EPA doelgroep vindt vaak plaats in de vorm van FACT/ ACT teams, als afsluiting van langer durende behandeling.

Mensen met EPA hebben vaak ondersteuning of zorg nodig, maar een beperkte groep hiervan is niet of nauwelijks in staat om hulp te vragen of te accepteren (Van Regenmortel, 2008b). De hulpverlener zal bij de nazorg vooral in kunnen zetten op het bevorderen van eigen kracht, empowerment van de zorgvrager. Zo heeft de zorgvrager zelf de regie. Dit verkleint vervolgens de kans op uitstoting en maatschappelijke teloorgang.

GGZ biedt de zorgvrager, die in behandeling is de nodige zorg maar loopt tegen grenzen aan als de patiënt geen hulpvraag meer heeft. Professionals of de omgeving komen veelal pas langs als de situatie al uit de hand is gelopen (Movisie, 2015).

Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat patiënten zich dankzij de bemoeienis van een ACT-team minder ziek voelen en meer tevreden zijn over de kwaliteit van hun leven.

Dankzij ACT hebben deze GGZ-patiënten minder vaak crises en worden zij minder vaak opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen. Het ACT of het F-ACT is in het leven geroepen om nazorg te bieden aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (CCAF, z.d.).

Ook is uit onderzoek van, Van Regenmortel, (2008b) komt naar voren gekomen dat er vaker een mismatch ontstaat tussen de zorgvrager en zorgverlener, wanneer het gaat om zorgvragers uit de EPA-groep.

De oorzaken zijn divers, te denken valt aan:

- Er is een discrepantie in de verwachtingen. Hulpverleners verwachten dat zorgvragers hun vragen duidelijk kunnen verwoorden en dat ze zich aan afspraken houden; als dat niet zo is, krijgt men de stempel van niet-gemotiveerd. Dit staat haaks op contact houden en samenwerking opzoeken.
- Zorgvragers verwachten een meer actieve en ondersteunende houding van de hulpverlener: praktisch advies bij het oplossen van hun problemen en hulp bij het organiseren van hun leven. Dit strookt meestal niet met de therapeutische principes van de hulpverlener. Dit past echter wel bij het profiel van de SPV. Omdat een van de speerpunten van de SPV is, dat deze helpt bij ondersteuning van praktische problemen, betrekken zij het steunsysteem, voorkomen zij marginalisering en uitstoting en hebben zij aandacht voor sociale en epidemiologische kenmerken.
- De centrale organisatie van de hulpverlening, waarbij de zorgvrager naar de hulpverlener moet stappen, wachtlijsten en strakke bureaucratische procedures (bv. een vaste intake-procedure).
- De gefragmenteerde en versnipperde hulpverlening met onvoldoende samenwerking tussen de welzijns- en geestelijke gezondheidszorg, staat haaks op de multi-complexe problematiek van de zorgvragers (Van Regenmortel, 2008b). Eén vaste hulpverlener zou laagdrempelig te benaderen moeten zijn.

De verwachting is dat als je de empowerment van de zorgvrager zal vergroten, deze mismatch minder ontstaat. Ook is het bespreken van wederzijdse verwachtingen bij het afsluiten van een hulpverlenerscontact van belang om mismatch te voorkomen.

Hoe is de nazorg binnen andere takken van de zorg geregeld?

#### *Nazorg bij Kanker*

De Gezondheidsraad definieert nazorg volgens de Richtlijnwerkgroep Herstel na Kanker, z.d., een essentieel onderdeel van de individuele patiëntenzorg na behandeling van kanker. Het behelst voorlichting, begeleiding, ingaan op klachten en symptomen, beoordelen van directe of late effecten van ziekte en behandeling en aandacht voor sociale gevolgen. De invulling hangt af van de individuele situatie van de patiënt. Het initiatief voor een contact kan zowel uitgaan van de arts als van de patiënt. In principe kan een nazorgcontact plaatsvinden zo lang er reden is om een klacht te verbinden aan de eerder gediagnosticeerde kanker'. Nazorg heeft als eerste doel om ziektelast te beperken door verbetering van de kwaliteit van leven en verlenging van de levensduur (Richtlijnwerkgroep Herstel na Kanker, z.d.). Het grote verschil met de EPA doelgroep hierin, is dat het bij de patiëntenzorg voor mensen met kanker vanuit de gezondheidszorg wordt gefinancierd. Voor hen is het een kleine stap om aan de bel te trekken. Ook zijn hierdoor de lijnen duidelijker en korter. Dit nodigt mensen meer uit om eerder aan de bel te trekken. Ook is het voor de hulpverleners mogelijk om af en toe nog contact te zoeken met de patiënt. Dit is binnen de GGZ zoals deze nu is ingericht niet het geval. Er wordt bij kanker uitgegaan van de empowerment van deze kankerpatiënten. Er worden echter in tegenstelling tot bij de EPA doelgroep ook actieve mogelijkheden geboden voor nazorg.

### *Nazorg bij defensie*

Uit een door ons afgenomen interview is gebleken dat ook binnen defensie nazorg erg van belang is. Defensie biedt na een uitzending, de militair meteen de mogelijkheid om met een psycholoog te praten. Zij kiezen ervoor om alle militairen na een half jaar een vragenlijst te sturen om zo te monitoren of er eventuele klachten zijn. Dit wordt beoordeeld door een maatschappelijk werker of een arts. Hierin nemen ze tevens het systeem van de militair mee. Zo nodig wordt de militair of iemand anders uit het systeem doorgestuurd naar een hulpverlener in de buurt. Hier is wederom de financiële mogelijkheid om na een half jaar weer contact te zoeken met de militair. Het systeem betrekken bij een eventuele evaluatie maakt het nazorgtraject extra krachtig. Dit zou een mooi voorbeeld zijn van hoe het binnen de EPA doelgroep ook vormgegeven kan worden.

### *Nazorg binnen de forensische zorg*

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel. Forensische zorg wordt meestal door de rechter opgelegd als onderdeel van een straf en/of maatregel aan iemand met een psychisch/psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking die een strafbaar feit heeft gepleegd. Ook komen mensen met een forensisch profiel in zorg bij de forensische zorg, dit is dan vrijwillig. Forensisch betekent gerechtelijk. Deze zorgvragers kunnen in het verleden in aanraking zijn geweest met politie en justitie maar hebben geen actuele straf of maatregel. Forensische zorg beweegt zich op het snijvlak van twee werelden Die van het strafrecht en die van de zorg. Binnen de forensische zorg komt de EPA doelgroep veel voor. Vaak met een dubbele diagnose. Er is dan sprake van een psychische of psychiatrische stoornis en een verslaving. Verder zijn er geregeld ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijke functioneren.

Het doel van forensische zorg is het voorkomen van recidive. (Dienst justitiële inrichtingen, 2020). Dit maakt dat er weinig gebruik wordt gemaakt van de empowerment bij de EPA doelgroep, de nazorg heeft een verplicht karakter. Uit een interview met een SPV van forensische FACT Lentis blijkt dat er vanuit de forensische FACT zorg langer contact blijft en er langer bemoeizorg betrokken blijft. Met regelmaat vanuit een strafrechtelijke titel of door de reclassering. Er is vanuit dit interview niet te zeggen of decompensatie minder vaak voorkomt. Wel wordt er benoemd dat patiënten het prettig vinden. Hier wordt dus eigenlijk gezegd dat ondanks het verplichte karakter de zorgvrager het toch vaak prettig vindt om in aanmerking te komen voor nazorg. Dit maakt dat je tijdens de nazorg gebruik kunt maken van de empowerment bij mensen met EPA, maar ook dat de hulpverlener op momenten actief contact met de zorgvrager kan zoeken.

Wat vinden de doelgroep en de hulpverlening van het belang van nazorg?

De hulpverlening vindt nazorg belangrijk om terugval te voorkomen, echter is het ze niet geheel duidelijk wie die nazorg moet verlenen, hoelang dit contact moeten plaatsvinden en hoe de zorgvrager in zijn eigen kracht gezet kan worden. Zo wordt er bij het FACT en ACT model beschreven dat er nazorg geboden wordt in het kader van terugvalpreventie (CCAF, z.d.). Wanneer de contacten tussen de zorgvragers en zorgverleners minder frequent zijn, dient de zorg afgesloten te worden omdat de financiering stopt vanuit de zorgverzekeraar. Het blijkt dat de EPA doelgroep het lastig vindt om zorg te vragen (CCAF, z.d.).

De EPA doelgroep vindt vooral het contact met iemand waar ze op terug kunnen vallen belangrijk. Met deze hulpverlener dient er een vertrouwensband te zijn op basis van gelijkheid. Dit is een mooie rol voor de SPV.

Wat is de rol van de SPV tijdens het versterken van de empowerment en bij de nazorg?

De zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is vooral gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven van de patiënt en het herstellen van diens veerkracht en vitaliteit op basis van diens wensen en behoeften (GGZ standaarden, z.d.). De overheid wil het aantal bedden in psychiatrische instellingen drastisch terugbrengen, maar het aantal mensen met een psychiatrisch probleem zal in de toekomst blijven toenemen (Minderhoud.M., 2015). Nederland telt ongeveer 210.000 volwassen GGZ zorgvragers met EPA. Als een opname niet meer vanzelfsprekend is, wordt zorg in de sociale context steeds belangrijker. Hier kan de SPV een belangrijke rol in spelen. Eén van de kwaliteiten van de SPV is om ambulant te werken en om proactief de zorgvrager op te zoeken en contact te maken.

Geregeld merken zorgverleners, zorgvragers of hun omgeving, voorafgaand aan een crisissituatie dat de zorgvrager vatbaar is voor een crisis. Vooral de SPV is er in gespecialiseerd om in een vroeg stadium deze kenmerken te herkennen en preventief te handelen. De aanpak voor vroege herkenning verschilt voor personen die eerder vanwege crisis in contact zijn geweest met de psychiatrische hulpverlening, zoals bij mensen met EPA aan de orde is. Een groot gedeelte van deze mensen heeft al eerder een crisisperiode doorgemaakt. Voor hen zijn vaak de uitlokkende factoren al bekend. De SPV kan een belangrijke rol hebben in het nazorgtraject van deze doelgroep aangezien zij opgeleid zijn in het omgaan met een crisissituatie en het preventief handelen hierin. Belangrijke taken voor de SPV zijn dan het versterken van de empowerment van de zorgvrager. Hierbij kun je denken aan het stimuleren om hun eigen keuzes te laten maken. Hierbij kan de SPV gebruik maken van CGT modules met bijvoorbeeld 'verbeter je zelfbeeld' als doel (GGZ Rivierduinen, z.d.).

De SPV levert een bijdrage aan het bevorderen van gezondheid en welzijn van zorgvragers en hun omgeving. Hierbij staat de empowerment wederom centraal. Dat kan door hen te ondersteunen bij hun zelfmanagement, herstel en bij het bevorderen van de ontwikkeling van sociale rollen. De SPV werkt samen met familie, naastbetrokkenen en professionals. Zij neemt initiatieven ter versterking van het sociale netwerk, de ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen en het bestrijden van stigma (Derks et al., z.d.).

De SPV stemt af met de sociaal-culturele omgeving met inachtneming van geldende normen en waarden. Zij stelt zich proactief op ten aanzien van mensen die een verhoogd risico lopen op stigmatisering, marginalisering en uitstoting en/of ernstige gezondheidsrisico's. Tevens richt zij zich in het kader van herstel en rehabilitatie en het bevorderen van de gezondheid op andere professionals, instanties, werkgevers of gemeenten. Ten behoeve van risicogroepen in de samenleving draagt zij bij aan het bevorderen en, of versterken van de inter-organisatorische samenwerking (Hendrix et al, 1999) (Derks et al., z.d.).

### Aanbeveling

De aspecten van empowerment zorgen ervoor dat iemand weerbaarder is doordat hij meer in zichzelf gelooft. Een langer nazorg traject kan deze aspecten versterken, doordat iemand met EPA kan sparren met de nazorg hulpverlener maar ook beter gemotiveerd raak door te gaan. Na het bestuderen van de literatuur concluderen wij, dat een langer nazorg traject door de SPV in combinatie met empowerment als grote meerwaarde kan worden gezien. Juist in deze tijd met de huidige ontwikkeling van ambulantisering zouden wij het aanbevelen te investeren in de nazorg bij de verschillende GGZ instellingen. Denk hierbij aan een telefoonnummer of e-mailadres van een contactpersoon, die nazorg kan verlenen. In dit nazorgtraject is een belangrijke rol voor de SPV weggelegd. Tijdens de reguliere zorg zal er meer aandacht moeten zijn voor het traject na de zorg.

Hierbij heeft empowerment een belangrijke rol. Vragen die dan centraal staan zijn: is de zorgvrager in staat om de juiste keuzes te maken? Hoe kan iemand zich meer in zijn eigen kracht zetten? Neemt de zorgvrager de verantwoordelijkheid voor zijn eigen handelen? En is er toegang tot een helpend steunsysteem dat kan ondersteunen keuzes te maken en besluiten uit te voeren? Dit kan binnen het eigen systeem of de omgeving zijn. Organisatorische verbeteringen waar je aan kan denken zijn: een financieringsysteem waarbij het financieren van nazorg een belangrijke rol innemen. Ook kun je denken aan het structureel verzenden van een vragenlijst als een EPA zorgvrager, een half jaar uit zorg is. Of de zorg vanuit sociaal domein meer betrekken zodat er altijd een hulpverlener gekoppeld is aan een zorgvrager. Hiermee kan een drempel voor de zorgvrager verlaagd worden.

### Onze conclusie

Empowerment maakt mensen weerbaarder en kan een positieve bijdrage leveren aan de nazorg van de zorgvrager. Verder zouden wij aanbevelen om de zorg in Nederland dusdanig aan te passen waardoor nazorg een meer structurelere rol gaat hebben in een behandeltraject van een zorgvrager. Hierbij is het van belang dat de zorgverzekeraars hierin een financiële bijdrage gaan leveren.

---

### Literatuur

- Ajoulat, I., d'Hoore, W. & Deccache, A. (2006). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66 (1): 1320.
- CCAF. (z.d.). Wat is ACT? Geraadpleegd 5 oktober 2020, van <https://ccaf.nl/wat-is-act/#:%7E:text=variant%20op%20ACT-,Het%20doel%20van%20ACT,vaak%20opgenomen%20in%20psychiatrische%20ziekenhuizen>.
- Derks, J., van der Padt, I., & Boon, J. (z.d.). *Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige*. V&VN. Geraadpleegd 5 oktober 2020, van <https://www.venvn-spv.nl/pdfs/publicatiespdf/spv-expertisegebied2014.pdf>
- Dienst justitiële inrichtingen. (2020, 7 oktober). *Forensische zorg in de praktijk*. <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorg-in-de-praktijk>
- Dijk, N., Jansen, P., Lubbes, E., & Looman, M. (2020, 17 maart). *Zorg in de wijk voor mensen met EPA*. rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2020/03/17/zorg-in-de-wijk-voor-mensen-met-epa/Zorg+in+de+wijk+voor+mensen+met+EPA.pdf>
- Engels, J., & van der Lelie, J. (2010, februari). *Eigen kracht, een gezamenlijk proces*. <https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zelfredzaamheid/Eigenkrachteengezamenlijk%20proces.TVZfeb10.pdf>
- *Feiten en cijfers over mensen met een ernstige psychiatrische aandoening* | Vektis.nl. (2020, 6 februari). <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ernstige-psychiatrische-aandoeningen>
- GGD Amsterdam, de Wit, M., & Nijboer, C. (2016, mei). *Nazorg is de beste voorzorg!?* [https://www.ggd.amsterdam.nl/publish/pages/473214/nazorg\\_is\\_de\\_beste\\_voorzorg.pdf](https://www.ggd.amsterdam.nl/publish/pages/473214/nazorg_is_de_beste_voorzorg.pdf)
- GGZ Rivierduinen. (z.d.). *Behandelmodules 2018*. [www.rivierduinen.nl](http://www.rivierduinen.nl). Geraadpleegd op 6 januari 2021, van <https://www.rivierduinen.nl/kristal/professionals/uitgaven/behandelmodules%202018>
- GGZ standaarden. (z.d.). *GGZ Standaarden*. Geraadpleegd 26 oktober 2020, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen/patientenperspectief/kwaliteitscriteria-vanuit-patientenperspectief>
- Langelaan, M. (2008, juni). *De kater van de nazorg*. [verslaving.org](http://www.verslaving.org). [http://www.verslaving.org/mediapool/67/676697/data/Dossier\\_De\\_kater\\_van\\_de\\_nazorg.pdf](http://www.verslaving.org/mediapool/67/676697/data/Dossier_De_kater_van_de_nazorg.pdf)
- Minderhoud, M. (2015, 13 oktober). *Nieuwe rol weggelegd voor SPV?* | Avans+ Blog. [Avans+ . <https://avansplus.nl/blog/nieuwe-rol-weggelegd-voor-spv>](https://avansplus.nl/blog/nieuwe-rol-weggelegd-voor-spv)
- Movisie. (2015, 12 oktober). *Hoe bewegen we van nazorg naar voorzorg?* <https://www.movisie.nl/artikel/hoe-bewegen-we-nazorg-naar-voorzorg>

- Redactie. (2018, 13 juni). *Pilot om nazorg bij eetstoornis te verbeteren en terugval te verminderen*. <https://www.ggznieuws.nl/pilot-om-nazorg-bij-eetstoornis-te-verbeteren-en-terugval-te-verminderen/>
- *Richtlijnwerkgroep Herstel na Kanker*. (z.d.). Oncoline. Geraadpleegd 13 september 2020, van [https://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=33202&richtlijn\\_id=780#:~:text=De%20Gezondheidsraad%20definieert%20nazorg%20als, en%20aandacht%20voor%20sociale%20gevolgen](https://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=33202&richtlijn_id=780#:~:text=De%20Gezondheidsraad%20definieert%20nazorg%20als, en%20aandacht%20voor%20sociale%20gevolgen)
- Schout, G., & de Jong, G. (2013, juni). *Eigen Kracht-conferenties in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*. [https://www.eigen-kracht.nl/assets/uploads/2016/03/2013\\_Schout\\_DeJong\\_EigenKracht-conferenties\\_in\\_OGGZ.pdf](https://www.eigen-kracht.nl/assets/uploads/2016/03/2013_Schout_DeJong_EigenKracht-conferenties_in_OGGZ.pdf)
- Steenssens, K., Demeyer, B., & Van Regenmortel, T. (2009, september). *Conceptnota empowerment en activering in armoedesituaties*. <http://www.expoo.be/sites/default/files/atoms/files/conceptnota.pdf>
- Trimbos instituut, Movisie, & Beter in meedoen. (2012, juni). *Naar het hart van empowerment*. [http://nicolehoeymans.nl/wp-content/uploads/2016/03/Naar\\_het\\_hart\\_van\\_empowerment.pdf](http://nicolehoeymans.nl/wp-content/uploads/2016/03/Naar_het_hart_van_empowerment.pdf)
- Van Regenmortel, T. (2007, december). Empowerment en vraagsturing in de zorg. Onlosmakelijk verbonden? *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 2007/31(288), 6-14.
- Van Regenmortel, T. (2008b, september 17). *Empowerment in de geestelijke gezondheidszorg*. <https://www.deervaringsdeskundige.nl/media/20146/empowerment.pdf>
- Vektis. (z.d.). *Over Vektis | Vektis.nl*. Geraadpleegd 20 september 2020, van <https://www.vektis.nl/over-vektis>
- White, M. (2008, 1e druk). *Narratieve therapie in de praktijk. Verhalen die werken*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers BV.