
"IK BEN NIET MIJN STOORNIS, IK KIES ERVOOR TE WERKEN AAN MIJN HERSTEL"

Een advies over het ruimte maken voor herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische kwetsbaarheden door hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg.

Antoinet Kabbedijk, GGZ Verpleegkundig Specialist i.o. en werkzaam bij Delta Psychiatrisch Centrum.

De moderne cliënt kiest er steeds vaker voor te werken aan zijn of haar herstel (Plooy et al, 2008). Herstel is een proces van de cliënt en geen hulpverleningsvorm. De hulpverlener kan echter wel ruimte maken voor het herstelproces van de cliënt en hem of haar ondersteunen gedurende dit proces. Het ondersteunen van herstel door de hulpverlener noemen we herstelondersteunende zorg. De cliënt kan, mits goed aangeboden, baat hebben bij herstelondersteunende hulpverlening (Korevaar en Dröes, 2008; Plooy et al, 2008, Boevink, 2009).

"Voor mijn twintigste ontwikkelde zich mijn eerste psychose. Inmiddels zijn we 25 jaar verder. Bij die ene psychose is het niet gebeven. Ik ben er nog steeds niet vanaf. Moet ik dan nog eens twintig jaar wachten op genezing? Eerlijk gezegd: daar pas ik voor. Ik heb voor mezelf besloten dat ik niet wil wachten op genezing, op de dokter met het pilletje dat me beter maakt. Ik heb besloten dat mijn aandoening en ik niet hetzelfde zijn. Ik ben niet mijn stoornis. Ik kies ervoor te werken aan mijn herstel."

De ontwikkeling van herstelondersteunende zorg in de zin van het ruimte maken voor herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid is momenteel een belangrijk thema binnen de (inter)nationale geestelijke gezondheidszorg. We zien het vaak terugkomen in mooie beleidsvisies en appelerende doelstellingen. Daarmee is nog niet altijd even duidelijk hoe hulpverleners het herstelproces van de cliënt kunnen ondersteunen. Dit artikel adviseert over de manier waarop hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg ruimte dienen te maken voor het herstelproces van de cliënt. Hiertoe wordt eerst de betekenis van het begrip herstel verduidelijkt. Vervolgens wordt aangegeven hoe de begrippen empowerment en ervaringsdeskundigheid nauw samenhangen met het begrip herstel. Na opheldering over deze begrippen worden kenmerken van herstelgeoriënteerde zorgverlening genoemd. Tenslotte adviseert het artikel over de wijze waarop hulpverleners het herstelproces van de cliënt dienen te ondersteunen. De cursieve citaten in de tekstbalken van dit artikel zijn ontleend aan herstelverhalen van mensen met psychische kwetsbaarheden. Deze citaten zijn overgenomen uit publicaties van Boevink (2005, 2006, 2009), Deegan (1993), Lauveng (2007) en Plooy (2008).

De betekenis van het begrip herstel

Het woord herstel is de vertaling van het Amerikaanse woord recovery. In de internationale literatuur worden drie betekenissen aan het begrip herstel onderscheiden: het is een proces, een uitkomst en een visie (Anthony, 1993).

In ons land wordt het begrip vooral gezien als een proces. De meest geciteerde definitie van herstel is afkomstig van William Anthony (2002), directeur van het Psychiatric Rehabilitation Center in Boston. Anthony (2002) zegt; *"bij herstellen gaat het om een zeer persoonlijk en uniek proces waarin iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen en rollen veranderen. Het leidt tot een leven met meer voldoening, waarin hoop een plaats heeft en men kan geven en nemen ondanks de beperkingen die met de aandoening gepaard gaan. Herstel heeft te maken met het ontstaan van nieuwe betekenis en zin in het leven, terwijl men over de gevolgen van de aandoening heen groeit"*.

Anders dan vaak wordt gedacht blijken mensen met langdurende psychische aandoeningen wel degelijk te herstellen. Ook mensen met 'zware' diagnoses. Volgens Boevink (2009) gaat het er bij herstellen om dat je durft te zien wat er aan de hand is in je leven, accepteren dat je extra werk te verzetten hebt en dat ook doen. Je talenten en mogelijkheden leren kennen, maar ook je kwetsbaarheden en onhebbelijkheden. Weer hoop durven koesteren en de blik (ook) op de toekomst richten. Cliënten dienen dit op de eerste plaats zelf te doen, op hun eigen kracht en op hun eigen manier. Herstel impliceert dus actieve acceptatie van problemen, beperkingen en een geleidelijke inwisseling van een identiteit als 'patiënt' voor een identiteit als 'burger'.

Herstel betekent niet per se opheffing van de symptomen, genezing van de aandoening of terugkeer naar het oude niveau van functioneren. Bij herstel gaat het dus vooral om het te boven komen van hopeloosheid en van het verlies van een betekenisvolle identiteit, verbondenheid, rollen, kansen. Mensen met ernstige psychische aandoeningen moeten herstellen van traumatische ervaringen, van machteloos makende programma's, praktijken, omgevingen en van stigma's en discriminatie in de samenleving (Korevaar en Dröes, 2008). Tabel 1 laat zien dat er in herstelproces een zekere fasering te ontdekken is (Gagne, 2004).

Tabel 1: Fasering in het herstelproces volgens Gagne (2004)

P	Fase 1:	overweldigd worden door de aandoening
P	Fase 2:	worstelen met de aandoening
P	Fase 3:	leven met de aandoening
P	Fase 4:	leven voorbij de aandoening

Herstel vereist empowerment en leidt tot empowerment

Nauw verwant aan herstel is het begrip empowerment. Er wordt onderscheid gemaakt tussen empowerment op individueel niveau en op collectief niveau. Op individueel niveau gaat het bij empowerment om *'de ontdekking van de eigen kracht, de verdere uitbouw daarvan en het effectief leren toepassen van die kracht in het eigen leven.'* (Fisher & Chamberlin, 2004; Roelofsen 2007). Dit betreft vooral het 'eigenmachtig' worden van de cliënt het herwinnen van de regie over eigen lijf en leven, versterking van eigenwaarde en zelfrespect (De Jonge, 2001; Droes en Korevaar, 2008). Op collectief niveau gaat het Volgens Dekkers (2007) om *'de manier waarop mensen met een chronische ziekte of handicap op eigen wijze een volwaardige plaats in de samenleving kunnen innemen'*. Dit betreft de positie van de ggz-cliënten als groep (de Jonge, 2007). Het laatste betreft ook: belangenbehartiging, medezeggenschap en het tegengaan van stigmatisering. Het samenspel van al deze individuele en collectieve empowerment processen moeten bijdragen aan een volwaardige deelname aan de samenleving door mensen met psychische handicaps (ministerie van VWS, 2001). Deze processen zijn essentieel voor herstel (plooy et al, 2008).

De begrippen herstel en empowerment hebben elkaar nodig en versterken elkaar. Mevrouw Boevink (2009) zegt daarover; *"Herstel vereist empowerment en leidt tot empowerment."*

"Ik heb me jarenlang gedeisd gehouden. Mijn medicatie geslikt, stress vermeden. Een strak dag- en nachtritme aangehouden. Me als een brave patiënt en een brave burger gedragen. Maar nu wil ik aan het werk en nu helpt dat brave mij niet meer. Ik wil risico's nemen, ik wil een psychiater die dat samen met mij aandurft, de medicatie verminderen waardoor ik 's ochtends uit mijn bed kan komen. En die me stimuleert om dingen op te pakken, in plaats van voorschrijft dat ik als kasplantje dit leven uit moet zitten."

Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid

Voor de cliëntenbeweging in Nederland hoort bij *herstel en empowerment* ook het begrip *ervaringsdeskundigheid*. Deze stellingname is tamelijk uniek in de wereld. Dit berust op de overtuiging dat iemand met psychische kwetsbaarheid eigen kracht (empowerment) en eigen wijsheid (ervaringskennis) nodig zal hebben om te herstellen (Plooy et al., 2008; Boevink, 2009). Cliënten die herstellen ontdekken dat zij experts zijn op het gebied van hun eigen gezondheid. Deze mensen bouwen kennis van onschatbare waarde op over het leven met een psychiatrische stoornis. Zij leren hoe ze kunnen omgaan met symptomen, psychiatrische behandeling, twijfels en angst. Ook leren ze hoe om te gaan met negatieve gedragingen van familie, bureu, werkgevers en anderen. Zij leren wat hen helpt en wat niet. Cliënten leren dat alles door te leven en door uitwisseling met andere psychiatrische cliënten (Plooy, 2009). Door die uitwisseling ontstaat wat Boevink (2009) het *wij-verhaal* heeft genoemd. De integratie van individuele ervaringsverhalen tot een gezamenlijk verhaal. Dat is *ervaringskennis*. De essentie van ervaringskennis is dus niet alleen persoonlijke beleving, maar vooral het gezamenlijke verhaal van leven met psychische kwetsbaarheid en de gevolgen daarvan. Het is kennis over de wijze waarop psychiatrische cliënten zich daar doorheen slaan, over grenzen van ziektebeelden heen. Is iemand vervolgens in staat om deze ervaringskennis effectief over te dragen, en in te zetten voor de verbetering van de positie van psychiatrisch cliënten, dan ontwikkelt deze wat we *ervaringsdeskundigheid* noemen.

"Het herschrijven van mijn levensverhaal is een moeizaam proces. De ruimte voor mijn eigen versie moet ik bevechten, niet in de laatste plaats op mezelf. Bovendien zijn psychotische ervaringen riskante onderwerpen. Ze kunnen je besef van de werkelijkheid opnieuw aantasten als je niet uitkijkt. Toch ben ik blij dat ik mijn eigen verhaal heb gemaakt. Mijn psychotische ervaringen worden ontdaan van hun geheimzinnigheid. Zo heb ik ontdekt dat bepaalde hallucinaties op zichzelf niet bedreigend zijn. Het is het feit dat ik iets zie waarvan ik weet dat het er niet zou moeten zijn, dat me doet verstijven van angst. Voor mij is het effectief om de samenhang te ontdekken tussen psychose en levensloop. Het heft mijn wantrouwen op, omdat het mijn psychotische ervaringen begrijpelijk maakt."

Kenmerken van herstelgeoriënteerde zorg

Kennis over herstelgeoriënteerde zorgvoorzieningen zijn schaars. In een studie van Onken et al. (2002) is geïnventariseerd wat volgens de respondenten kenmerken zijn van herstelgeoriënteerde zorg. Die betreffen de cultuur, structuur, programma's en diensten van zorgorganisaties.

Herstelgeoriënteerde zorg impliceert een *holistisch perspectief* (in plaats van een puur medisch perspectief) en een *positieve opvatting over gezondheid* (dit is meer dan afwezigheid van ziekte). Er wordt niet alleen gereageerd op de cliënt in crisis, maar ook (juist) in goede tijden wordt begeleiding geboden die gericht is op de *persoonlijke groei van cliënten*. Behandeling (ook medicamenteuze) is geen controlemiddel van professionals, maar een middel tot herstel van cliënten. *Langverblijf is een uiterst middel* en als niet anders kan, wordt deze functie alleen kleinschalig aangeboden. Het zorgaanbod voldoet aan de nieuwste standaarden, is outreachend en 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar. Het aanbod is gevarieerd en omvat onder andere voor iedereen toegankelijke vormen van *zelfhulp en casemanagement*. Cliënten hebben toegang tot hun eigen dossier en tot informatie over de aandoening, medicatie, interventies, hun rechten en belangenbehartiging.

"Ik moet terugzien op een langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Psychisch ziek worden en zorg nodig hebben impliceert het betreden van een wereld waarin je per definitie je betekenisvolle identiteit verliest. Je vervreemd er van wie je was en van het leven dat je leidde. Je ervaringen worden gefilterd op symptomen en je verhalen gereduceerd ten behoeve van diagnostisch onderzoek. Persoonlijke betekenisgeving wordt ingeruild voor medische interpretaties. De veelzijdigheid van je oorspronkelijke identiteit wordt ingeruild door de eenzijdigheid van de patiëntenrol. Psychiatrische ziekenhuizen zijn verzamelpplaatsen van menselijk leed. Boven op het eigen lijden komt de ellende die je er aantreft."

Herstelbelemmerende en -bevorderende factoren

Er wordt in toenemende mate (inventariserend) onderzoek gedaan naar herstelbelemmerende en -bevorderende factoren. Recentelijk is de eerste fase van het eerder aangehaalde onderzoek van Onken et al. (2002) afgerond, waarin 115 mensen met een ernstig psychische aandoening aan tien focusgroepbijeenkomsten in negen staten van de Verenigde Staten deelnamen. De resultaten staan weergegeven in tabel 2. Deze uitkomsten bevestigden de resultaten van eerder gehouden, kleinschaliger studies, onder ander van Gagne et al. (2004).

Tabel 2: Herstelbelemmerende en -bevorderende factoren

<p>Herstelbelemmerende factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> P ontbreken van meest basale levensvoorzieningen P inadequate behandeling van symptomen P geen toegang tot langdurige hulp en goede therapie P middelenmisbruik P traumatische ervaringen P onwaardige behandeling door anderen P lage verwachtingen P gebrek aan vertrouwen en gevoelens van hopeloosheid bij belangrijke anderen P ontbreken van kansen op het innemen van gewaardeerde sociale rollen P gebrek aan informatie over bruikbare copingstrategieën ten aanzien van de psychische klachten P stigma's P schaamte P financiële armoede P gebrek aan kansen. 	<p>Herstelbevorderende factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> P acute stabilisatie bij crisis en toegang tot goede behandeling en therapie P vervulling van de meest basale behoeften P aanwezigheid en ondersteuning van een betrokken en competent persoon die bovendien begrijpt wat de persoon in kwestie doormaakt P hoop P acceptatie P copingvaardigheden P vaardigheden om met terugval om te gaan P zelfzorgvaardigheden P sociale vaardigheden P belangenbehartiging P moed om risico's te nemen P begeleiding bij werk en opleiding P bevredigend werk P bevredigende relaties P diversiteit in gewaardeerde rollen P financiële zekerheid P intimiteit P spiritualiteit
---	--

Herstel voor mensen met psychische aandoeningen is mogelijk

Herstel is geen hulpverleningsvorm. De hulpverlening kan echter wel ruimte maken voor herstel en zorgen voor een veilig, inspirerend en groeizaam milieu waarin herstel kan ontbotten, groeien en bloeien. Maar de regie van het herstelproces ligt, bewust of onbewust, bij de herstellende zelf (Korevaar en Dröes, 2008). Hulp- of zorgaanbod waarmee wordt beoogd het herstel van cliënten te ondersteunen, dient gebaseerd te zijn op de wetenschap dat herstel voor mensen met een ernstige psychische aandoening mogelijk is. Dit uitgangspunt is nog niet gebruikelijk in de langdurende geestelijke gezondheidszorg (Boevink en Dröes, 2005). De langdurende geestelijke gezondheidszorg is voornamelijk gebaseerd op de notie dat mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen niet herstellen. Inmiddels hebben diverse longitudinale studies uitgewezen dat daarvoor geen wetenschappelijk bewijs is (Van Weeghel, 1995).

"Ze willen je geen valse hoop geven. Maar een zieke die denkt dat er geen enkele kans op verbetering is, gaat heel anders met zijn ziekte om dan iemand die ergens een sprankje hoop ziet."

Conclusie: wat vraagt herstelondersteuning van hulpverleners?

Er is nog maar weinig specifieke literatuur over de wenselijke rol van *herstelondersteuners* (Boevink, 2009). Wel kan men uit de herstelverhalen van cliënten concluderen welke bijdragen hulpverleners aan hun herstelproces hebben geleverd. Uit die verhalen is op te maken dat de ondersteuning er per herstellende en per herstelproces heel verschillend uit ziet. Toch kunnen er een paar telkens terugkerende, algemene en onderzoekbare inzichten aan worden ontleend. In het artikel *herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling* (Boevink et al., 2009) heeft Jos Dröes, hoofdopleider van de Stichting Rehabilitatie '92 en psychiater bij de Parnassia Bavo de gewenste kwaliteiten van een herstelondersteunende hulpverlener beschreven.

Tabel 3: Gewenste kwaliteiten van de herstelondersteunende hulpverlener

<p>De herstelondersteunende hulpverlener:</p> <ul style="list-style-type: none">P is presentP gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende bescheiden wijzeP maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij het eigen verhaal van de cliëntP herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (empowerment) zowel individueel als collectiefP erkent, benut en stimuleert de ervaringsdeskundigheid van de cliëntP erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderenP is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie/autonomie

Deze opsomming van gewenste kwaliteiten van de herstelondersteunende hulpverlener zeggen veel, maar nog niet alles. In de volgende alinea's worden deze *gewenste kwaliteiten* kort toegelicht.

Ten eerste is het van belang dat de herstelondersteuner *present*, oftewel aandachtig aanwezig is voor de cliënt. Het presentiebegrip is methodisch uitgewerkt door Baart (2001). Met aandachtig wordt bedoeld dat de hulpverlener aandacht heeft voor de ander, geïnteresseerd is in diens bestaan, diens waarden en verwachtingen. Met aanwezigheid wordt bedoeld dat de hulpverlener zich nadrukkelijk opstelt al een aanwezige, maar zonder zich hieraan meteen een doel of bedoeling te koppelen. Zeker in het begin is de hulpverlener er gewoon. Het waarom van zijn aanwezigheid wordt pas later ingevuld (Korevaar en Dröes, 2008). In veel verhalen van cliënten die herstellen komt de aanwezigheid van 'iemand die er voor me was' of van 'iemand die in me bleef geloven' terug als belangrijke herstelondersteunende factor.

Ten tweede dient de herstelondersteunende hulpverlener zijn professionele referentiekader op een terughoudende bescheiden wijze te gebruiken. Het subjectieve persoonlijke herstelproces slaat nogal eens paden in waartegenover de hulpverlener vanuit zijn professionele achtergronden onwennig staat of waarbij hij zelfs bedenkingen heeft. Niettemin dient dit proces op een aandachtige, niet beoordelende of veroordelende manier de ruimte krijgen (Boevink et al., 2009). Een paternalistische houding van hulpverleners, waarbij de cliënt als een onmondige patiënt wordt bejegend die niet zelf kan bepalen wat goed voor hem is, wakkert vaak gevoelens van minderwaardigheid en incompetentie aan. De cliënt wordt hierdoor vaak onnodig 'klein' gemaakt. (Korevaar en Dröes, 2008). Met een juist toegepaste herstelondersteunende attitude wordt de cliënt op respectvolle wijze bejegend en als competent persoon, met mogelijkheden, beschouwd.

Ten derde is het zo dat de herstelondersteuner ruimte maakt voor het verhaal van de cliënt, hem of haar ondersteunt bij het maken ervan en bovendien daadwerkelijk aansluit bij het verhaal van de cliënt. Het belang van het eigen verhaal wordt door vrijwel alle auteurs die geschreven hebben over herstel naar voren gebracht (Boevink, 2009 en Deegan, 1993). De achterliggende opvatting is dat verhalen maken en vertellen een belangrijk onderdeel is van het herstellen van een psychische aandoening. Een verhaal maken en vertellen stelt iemand in staat het hoofd te bieden aan zoiets overweldigends als bijvoorbeeld een psychose. Het stelt iemand ook in staat om de aandoening en het zelf, de identiteit, van elkaar te onderscheiden en los te koppelen. En het stelt iemand in staat te leren formuleren wat hij of zij nodig heeft bij herstel (Boevink, 2009).

Ten vierde herkent en stimuleert de hulpverlener het benutten van eigen kracht van de cliënt op zowel individueel als collectief niveau. Empowerment, het 'eigen machtig maken', is cruciaal bij herstel. Het gaat over het verkrijgen van een zekere macht over de ziekte, het eigen functioneren en het zelfbeeld. De empowerment van mensen met psychische kwetsbaarheden komt niet alleen ten goede aan hun persoonlijk herstel. Het brengt hen er ook toe een eigen plaats in de samenleving, met rechten, plichten en zelfbeschikking, op te eisen. Men laat zich niet meer willoos uitsluiten en stigmatiseren (Korevaar en Dröes, 2008).

Ten vijfde is het erkennen, benutten en stimuleren van ervaringsdeskundigheid ook een belangrijke taak voor de herstelondersteunende hulpverlener. Dit houdt in dat de hulpverlener de cliënt aanmoedigt zijn of haar eigen ervaringen te delen met lotgenoten. Door dit proces leert de cliënt op den duur hoe de eigen ervaringen passen in een 'wij'-verhaal. Tijdens het proces van de verwerving van ervaringsdeskundigheid wordt de oorspronkelijke, vaak negatieve, ervaring omgezet in een kracht van de persoon, een deskundigheid. De ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid is een krachtig onderdeel van empowerment en een machtig middel tegen stigma's en discriminatie (Korevaar en Dröes, 2008).

Ten zesde erkent, benut en stimuleert de hulpverlener de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen. Het ondersteunen van herstel vraagt ook een zekere bescheidenheid van de professional. Een groot deel van herstelondersteuning wordt namelijk niet door hulpverleners geboden, maar door vrienden, medecliënten, familie, collega's en anderen uit het persoonlijke netwerk van de cliënt (Korevaar en Dröes, 2008). Cliënten noemen mensen uit hun eigen netwerk vaak als belangrijker herstelondersteuners dan hulpverleners. De herstelondersteuner erkent, benut en stimuleert dit.

Ten slotte is de herstelondersteunende hulpverlener gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie/autonomie. Dit vereist het hanteren van de visie dat elke cliënt kan herstellen. Elke cliënt kan leren leven met en 'voorbij' de ziekte of beperking. Deze visie voorkomt dat hulpverlening en zorgvoorzieningen het karakter krijgen van een *restpost vol uitbehandelde en opgegeven gevallen*. Herstelondersteuning biedt hoop en ondersteunt het zoeken naar nieuwe perspectieven. Deze visie houdt bovendien in dat mensen met psychische kwetsbaarheden in principe de regie voeren over hun eigen leven en over de hulp die zij daarbij nodig hebben (Korevaar en Dröes, 2008).

De hulpverlener van de toekomst

Het toegenomen zelfbewustzijn, de ervaringsdeskundigheid en de toekomstverwachtingen van cliënten stellen meer en andere eisen aan de hulpverlening. Kenmerken van op herstel georiënteerde geestelijke gezondheidszorg zijn nauwelijks voorbij een inventariserend stadium. Kwaliteiten en competenties van hulpverleners die nodig zijn om het herstelproces van de cliënt te ondersteunen zijn nog niet volledig beschreven. De gepresenteerde opsomming van zeven gewenste kwaliteiten van de herstelondersteunende hulpverlener vormen een goede basis voor herstelondersteunende zorg. Tegelijkertijd is deze basis niet meer dan een begin. Herstelondersteunende zorg dient verder onderzocht en ontwikkeld te worden, opdat we de zorg zo kunnen inrichten dat herstel ook echt de ruimte krijgt die ze verdient.

Literatuur

- Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M., & C. Gagne (2002). *Psychiatric Rehabilitation, 2nd edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.

- Anthony, W.A. (2000) A recovery-oriented service system: setting some system level standards. *Psychiatric rehabilitation journal*, 24, 159-168.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van presentie*. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. en M. Grypdonck (2008). *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Lemma.
- Boevink, W. (2009). *Lijsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren. HEE-gesch(r)ift*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Boevink, W., Beuzekom, J. van, Gaal, E., Jadby, A., en F. Jong (2002). *Samen werken aan herstel: van ervaringen delen naar kennis overdragen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Boevink, W. en J. Dröes (2005). Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen? *Psychopraxis*, 7(1), 14-20.
- Boevink, W., Plooy, A., en S. van Rooijen (red.). (2006, tweede druk). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L., Droes, J., Tiber, M. en G. Wilrycx (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor rehabilitatie*, 1, 42-54.
- Deegan, P. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(4), 7-11.
- Dekkers, F. (1997). Voorwoord in congresverslag *Empowerment, van mondigheid naar eigenwaarde*. Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie.
- Dröes, J. (2003). Persoonlijke en professionele waarden in het rehabilitatieproces. *Passage*, 12(4), 209-218.
- Fisher, D., J. Chamberlin (2004). *Consumer-directed transformation to a recovery-based mental health system*. Lawrence: National Empowerment Center.
- Gagne, C. (2004). *Rehabilitatie: een weg tot herstel*. Voordracht studiedag 'rehabilitatie en herstel'. Groningen: lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool, 14 juni 2004.
- Jonge, M. de (2001). *Empowerment. Het herwinnen van de regie over eigen lijf en leven*. Introductie bij de invitation conference 'Empowerment. Het herwinnen van de regie over eigen lijf en leven' op 22 juni 2001.
- Korevaar, L. en J. Dröes (2008). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Lauveng, A. (2007). *Morgen ben ik een leeuw. Hoe ik mijn schizofrenie overwon*. Amsterdam: Archipel.
- Ministerie van VWS (2001). *Reactie op plan van aanpak taskforce*. Den-Haag: ministerie van VWS.
- O'hagan, M. (2001). *Recovery competencies for New Zealand Mental Health Workers*. http://www.mhc.govt.nz/users/Image/Resources/2001%20Publications/Recovery_Competencies.pdf
- Onken, S., Dumont, J., Ridgway, P., Dornan, D., en R. Ralph (2002). *Mental health recovery: what helps and what hinders?* NTAC/NASMHPD.
- Oosterhuis, H. en M.F. Gijswijt-Hofstra (2008). *Verward van Geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Houten: Bohn Stafleu en Van Loghum.
- Plooy, A., Rooijen, S. van en J. van Weeghel (red.). (2008). *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*. Amsterdam: SWP.
- Roelofsens, D. (2007). Bespiegelingen. *100 Jaar GGZ-verpleegkunde: een vak apart*. Congresbundel van het Congres van de Federatie GGZ-Verpleegkunde en het Centraal Orgaan Opleidingen in de Verpleegkunde (COOV), Utrecht, Jaarbeurs, 6 september 2007, pp. 13-16.
- Weeghel J. van (1995). *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. Utrecht: SWP.

Documenten

- Boevink, W. (2008) HEE. *Herstel empowerment en ervaringsdeskundigheid*. Praktijkvoorbeeld. Gedownload via <http://www.trimbos.nl/Downloads/Programmaas/Reintegratie/Good%20practice%20HEE.pdf>, op 12 mei 2009
- Boevink, W., Kroon, H. en F. Giesen (2009). *Empowerment. Constructie en validatie van een vragenlijst*. Gedownload via <http://www.trimbos.nl/downloads/programmaas/reintegratie/rapport%20NEL.pdf>, op 12 mei 2009
- GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Gedownload via <http://www.ggznederland.nl/scrivo/asset.php?id=305955>, op 12 mei 2009 **ENDFIELD**