

# Psychische kwetsbaarheid



# **Psychische kwetsbaarheid**

## Belicht vanuit sociaal- psychiatrisch perspectief

Redactie

**Ivonne van der Padt**

**Jeanne Derks**

**Sjaak Boon**

# **Boom**

# Ondersteunen of overnemen

# 1

## 1.1 Inleiding

Het landschap van de (sociale) psychiatrie is in de laatste decennia ingrijpend veranderd. Er wordt steeds meer de nadruk gelegd op het aanboren van de krachten die mensen met een psychische kwetsbaarheid ook hebben. Het benutten en versterken van deze krachten moet hen helpen om, ondanks deze kwetsbaarheid, een zo rijk mogelijk leven te leiden en hun maatschappelijke rollen naar eigen voorkeur en welbevinden in te vullen.

Deze verandering komt enerzijds voort uit wijzigingen in opvattingen over wat 'goede zorg' voor mensen met psychiatrische kwetsbaarheid nu eigenlijk inhoudt en is anderzijds het gevolg van een aaneenschakeling van veranderingen in wet- en regelgeving. In dit hoofdstuk wordt eerst uiteengezet hoe de inhoudelijke en bestuurlijke veranderingen met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden. Daarna wordt geschetst welke gevolgen de recente ontwikkelingen hebben gehad en nog hebben op de manier waarop sociale professionals mensen met psychische kwetsbaarheid kunnen ondersteunen en waar nodig helpen bij de (her)opbouw van hun dagelijks bestaan. In de daaropvolgende paragraaf wordt nader ingegaan op een ander aspect van de veranderende ideeën over de beste 'zorg' voor mensen die met psychische kwetsbaarheid te kampen hebben. Het vinden en versterken van de eigen kracht, behoud en herstel van duurzame zelfredzaamheid is namelijk niet voor iedereen onder alle omstandigheden bereikbaar of zelfs wenselijk. Het aandacht hebben voor deze keerzijde maakt evenzeer deel uit van de 'bagage' van de ondersteuners van mensen met psychische kwetsbaarheid, als het kunnen herkennen en ontplooiën van hun sterktes.

## 1.2 'Goede zorg': van klacht naar kracht, van helpen naar aanmoedigen

### 1.2.1 *(Het denken over) vermaatschappelijking*

De tijd waarin het hebben van psychiatrische problematiek per definitie reden was om mensen op te nemen in intramurale voorzieningen ligt inmiddels geruime tijd achter ons. Het proces van vermaatschappelijking verliep weliswaar niet zo snel en voorspoedig als de voorvechters ervan hadden gehoopt, maar vanaf de jaren '90 werd het toch een centraal begrip in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg (Kwekkeboom, 2001).

Kernpunt in de gedachtevorming rond vermaatschappelijking was de overtuiging dat een groot deel van de mensen met psychiatrische problemen er gebaat bij is om zelfstandig te wonen en in zo veel mogelijk opzichten deel uit te maken van de samenleving. Om dat mogelijk te maken zou zowel behandeling als (langdurige) ondersteuning niet meer binnen de muren van grootschalige instituten moeten plaatsvinden, maar georganiseerd moeten worden in de woonomgeving van de mensen zelf. Alleen voor die cliënten voor wie intensieve zorg nodig is en die niet (meer) in de samenleving kunnen functioneren zou opname en 24-uurs-zorg met verblijf, beschikbaar moeten blijven.

De oorsprong van deze overtuiging ligt in de ervaringen van de psychiatrische zorg voor soldaten die na de Tweede Wereldoorlog terugkeerden naar (onder andere) de Verenigde Staten (VS) en Groot-Brittannië (United Kingdom of UK). Hun behoeften aan hulp bij wat wij nu een posttraumatische stress-stoornis zouden noemen was zo groot dat de psychiatrische ziekenhuizen in de VS en UK overvol raakten en er verblijfsvoorzieningen gezocht moesten worden in de omringende dorpen. Het herstel van de bewoners van de kleinschalige voorzieningen, die door hun locatie ook dagelijkse contacten met de burens mogelijk maakten, verliep sneller en voorspoediger dan dat van de ex-soldaten die opgenomen waren in de grootschalige ‘totale instituties’, die de psychiatrische ziekenhuizen toen waren. Deze ervaringen, in combinatie met de antipsychiatriebeweging uit de jaren ’70 en ’80, waren aanleiding voor het heroverwegen van hoe ‘goede zorg’ voor mensen met psychiatrisch problematiek er nu daadwerkelijk uit zou moeten zien (Kwekkeboom, 2001).

Tussen bedenken en uitvoeren ligt meestal de nodige tijd en dit geldt ook voor het uitvoeren van hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg. Het duurde in Nederland tot eind jaren ’90 dat er daadwerkelijk beleid werd ontwikkeld dat zich richtte op extramuralisering of ambulantisering van opvang, behandeling en ondersteuning van mensen met psychiatrische problemen en nog altijd kent Nederland een relatief groot aanbod aan intramurale ‘bedden’ in de geestelijke gezondheidszorg. Ook wordt nog relatief vaak overgegaan tot opname van mensen die met psychiatrische problematiek te kampen hebben en is er, van de weeromstuit, relatief weinig aanbod voor begeleiding en ondersteuning die zelfstandig wonen en maatschappelijke participatie mogelijk maken.<sup>1</sup> Tegelijkertijd zijn vrijwillige opnamen tegenwoordig minder gemakkelijk te realiseren, dus leidt dit (te) kleine aanbod ertoe dat de problematiek in veel gevallen dusdanig verergert, dat over moet worden gegaan tot ‘gedwongen opnames’, waarvan er in 2013 in meer dan 22.000 situaties sprake was.

De wet- en regelgeving die de benodigde verandering van (voornamelijk) intramurale, klinische behandeling en ondersteuning naar ‘vermaatschappelijking

---

1 [www.socialevraagstukken.nl/groei-aantal-verwarde-personen-is-ggz-zorgverzekeraars-en-overheid-aan-te-rekenen](http://www.socialevraagstukken.nl/groei-aantal-verwarde-personen-is-ggz-zorgverzekeraars-en-overheid-aan-te-rekenen). Peeters, P. (2015) *Verwarde personen zijn het probleem niet*. Over de echte vragen in de ambulante GGZ. Eindhoven: Pepijn.

van de geestelijke gezondheidszorg' mogelijk moet maken, verandert maar stapsgewijs (Kwekkeboom en Van Weert, 2008).

### 1.2.2 Wetten en bezwaren

Het tempo van deze verandering is echter aanmerkelijk opgevoerd in 2015. In dat jaar is een aantal wetten van kracht geworden die alle tezamen een behoorlijke omwenteling in organisatie én financiering van de behandeling, zorg, ondersteuning en huisvesting van mensen met psychische problemen teweeg kunnen brengen. Om te beginnen werd in januari 2015 de al langer verwachte wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht. Bij de invoering van de Wmo in 2007 waren gemeenten al wel verantwoordelijk geworden voor het bevorderen van de participatie van mensen met een beperking en daarmee ook voor het in stand houden van voorzieningen die deze participatie mogelijk maken. In de praktijk echter bleek dat voor het versterken van de maatschappelijke positie van mensen met psychiatrische problematiek, nog niet echt veel gevolgen te hebben (Galesloot, 2013). Met de wijziging van de Wmo in 2015 zijn ook de dagbesteding én de zelfstandige huisvesting van deze burgers onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten gebracht (Staatsblad, 2014b). Gemeenten moeten dus zelf voorzieningen op dit gebied aanbieden; zij kunnen dit doen door dat wat de al bestaande instellingen aanbieden 'in te kopen', maar zij kunnen hiervoor ook naar andere aanbieders gaan. Gemeenten hebben de vrijheid zelf te bepalen wie zij voor hun voorzieningen in aanmerking vinden komen en of zij, zeker waar het gaat om dagbesteding en andere vormen van maatschappelijke participatie, aanspraak kunnen maken op maatvoorzieningen of aangewezen zijn op meer algemeen aanbod. De eerste ervaringen na een jaar 'Wmo 2015' leren dat gemeenten onderling sterk uiteenlopen in hun beleid ten aanzien van hun inwoners met psychiatrische kwetsbaarheid en dat er nog heel wat knelpunten zijn die een vlotte toeleiding en deskundige ondersteuning en opvang in de weg staan (Monitor, 2015).

In 2015 is ook de Wet langdurige zorg (Wlz), de eveneens langverwachte wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), van kracht geworden. De belangrijkste verandering was de hiervoor beschreven overheveling van dagbesteding en zelfstandige huisvesting van (onder andere) mensen met psychiatrische problematiek naar de Wmo.<sup>2</sup> Daarnaast werd vastgelegd dat 'kortdurende' (dat wil zeggen korter dan drie jaar) intramurale zorg in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg onder de Zorgverkeringswet (Zvw) komt te vallen. Uitgangspunt hierbij is dat de zorg zich richt op behandeling en herstel. Na een onafgebroken opname van drie jaar komt deze zorg onder de

2 Zie ook Hoof, F. van, A. Knispel, A., Hulsbosch, L., Rooijen, S. van, Place, C. Michon, H., Oele, W. & Kroon, H. (2015) *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wlz te vallen. De indicatie hiervoor moet wel na elke drie jaar worden herzien; onderbrekingen die korter duren dan 90 dagen worden niet als onderbreking beschouwd (Staatsblad 2014c).

Een derde, voor mensen met psychiatrische kwetsbaarheid, relevante wet die in 2015 van kracht is geworden, is de Participatiewet. Ook aan deze wet is veel vooroverleg en zijn tussentijdse wijzigingen van andere wetten en regelingen, voorafgegaan. Met de Participatiewet wil de overheid bevorderen dat mensen die om wat voor reden dan ook moeite hebben om (betaalde) arbeid te verrichten toch toegang krijgen tot de arbeidsmarkt. Dit kan gerealiseerd worden door werkgevers te stimuleren meer mensen met een 'arbeidsbeperking' aan te nemen én door het creëren van 'beschutte', zonodig aangepaste werkplekken waar mensen, al dan niet ondersteund door een jobcoach, aan de slag kunnen en hun mogelijkheden kunnen ontplooiën. Ook de Participatiewet legt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering bij de gemeenten die hierdoor de mogelijkheid hebben samenhang aan te brengen in hun participatiebeleid op basis van de Wmo en deze wet (Staatsblad 2014a). Idealiter zouden de algemene en maatwerkvoorzieningen op het terrein van dagbesteding zo naadloos aan kunnen sluiten op het aanbod van beschermd en begeleid werk voor mensen met psychiatrische problematiek.

In de toelichtingen op zowel de Wmo, de Wlz als de Participatiewet wordt steeds benadrukt dat het doel van de wetgeving is om mensen in staat te stellen én te stimuleren zo lang en zo goed mogelijk aan de samenleving te blijven deelnemen. Het door de diverse aanbieders te organiseren voorzieningenaanbod moet ook steeds gericht zijn op herstel van redzaamheid en participatie én ontplooiing van eigen mogelijkheden. Daarmee is in feite de expliciete bedoeling om langdurige afhankelijkheid, beroep op zorg en uitsluiting te ontmoedigen. In de toelichtingen op de wetten wordt ook steeds een expliciet beroep gedaan op de samenleving om het realiseren van deze bedoelingen mogelijk te maken. Van burgers wordt immers niet alleen gevraagd zelf waar mogelijk en relevant zorg en ondersteuning te bieden bijvoorbeeld in de vorm van mantelzorg of vrijwilligerswerk), maar ook zelf voorwaarden te creëren waardoor mensen met psychiatrische kwetsbaarheid optimaal de door hen zelf gewenste rollen kunnen vervullen. Daarmee ademen de wetten de geest van het vermaatschappelijkingsdebat dat in de vorige eeuw werd ingezet en streven zij dezelfde doelen na. Dit wil niet zeggen dat deze doelen daarmee ook meteen verwezenlijkt zijn; de eerste ervaringen met de nieuwe wetten laten immers zien dat er nog heel wat hinderpalen en knelpunten zijn weg te nemen. Een belangrijke oorzaak daarvan is dat tegelijk met de diverse wetswijzigingen ook forse bezuinigingen zijn doorgevoerd. Dat alleen al maakt het lastig om bestaande én nieuwe voorzieningen op de gewenste niveaus van omvang en kwaliteit te houden. Dat de wetten uiteenlopende financieringsstromen en -systemen met zich mee brengen, waardoor risico's op afwenteling en kastje-muur-syndromen ontstaan, helpt daar natuurlijk niet aan mee. Daarnaast lijken de bij de uitvoering betrokken partijen, ondanks de lange 'aanloop' tot elk van de drie wetten, zich niet tot

nauwelijks te hebben voorbereid op hun nieuwe taken. In combinatie met de schaarste aan middelen heeft dit tot gevolg dat er een tamelijk behoudend beleid gevoerd wordt en niet geïnvesteerd wordt in de ontwikkeling van nieuwe, bij de uitgangspunten van de wetten passende voorzieningen en arrangementen. Een derde verklaring voor de moeizame realisatie van de ‘vermaatschappelijking’ kan zijn dat de bedoelde veranderingen dan wel weerklank vinden bij het grootste deel van de mensen met psychiatrische kwetsbaarheid zelf, maar dat bij andere partijen terughoudendheid bestaat om het roer om te gooien.<sup>3</sup>

### 1.2.3 ‘Positief denken’

Voor deze terughoudendheid kunnen meerdere redenen gevonden worden. De ideologie rond vermaatschappelijking, het streven naar grotere redzaamheid, participatie én emancipatie van mensen met psychiatrische kwetsbaarheid, vraagt van velen een herziening van hun beeld van de ‘psychiatrische patiënt’ en de ‘zorg’ die deze nodig zou hebben. Voor een deel van hen lijkt deze herziening niet mogelijk, voor een ander deel is het gevraagde tempo mogelijk te hoog. Toch lijkt het onontkoombaar dat de opvattingen die (mede) de achtergrond vormen voor de recente wijzigingen in wet- en regelgeving meer en meer terrein gaan winnen. Hiervoor is al gewezen op de maatschappelijke ontwikkelingen die ten grondslag liggen aan het denken over de ‘vermaatschappelijking’ in de geestelijke gezondheidszorg: de ervaringen met extramurale opvang van soldaten na WO II én de stroming van de antipsychiatrie.

Meer recent heeft zich binnen de psychologie – een van de wetenschappelijke disciplines die van grote invloed zijn op de ontwikkeling van de psychiatrie – de school van de ‘positieve psychologie’ ontwikkeld. De grondleggers van deze school, de psychologen Seligman en Csikszentmihalyi, wilden met deze nieuwe invulling van hun vak tegenwicht bieden aan de in hoofdzaak op de verklaring van *negatieve* ontwikkelingen en eigenschappen gerichte invulling van deze wetenschap. Zij vroegen in 2000 aandacht voor ‘sterke karakters, deugden en voorwaarden waaronder geluk en maatschappelijk engagement kunnen worden bevorderd’ (Seligman en Csikszentmihalyi, 2000; Gable en Haidt, 2005). Daarmee wordt in feite teruggesproken op de inzichten van Marie Jahoda die in 1958 haar boek over ‘concepts of positive mental health’ uitbracht. Daarin vroeg ook zij al aandacht voor de kracht en mogelijkheden van mensen om geluk te ervaren en een positieve bijdrage aan de samenleving te geven. Zij identificeerde vijf voorwaarden voor een gevoel van welbevinden: tijdsstructuur, sociale contacten, gezamenlijke inspanning of doel, sociale identiteit of status en regelmatige bezigheden (Jahoda, 1958).

3 Zie ook: Couwenbergh, C. & Weeghel, J. van (2014) *Over de brug*. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.



Het gedachtegoed van de positieve psychologie blijkt zo aansprekend te zijn dat in Nederland inmiddels een leerstoel Positieve Psychologie is ingesteld en er vanaf 2015 een Nederlandstalig tijdschrift uitgebracht kan worden.<sup>4</sup>

In de inleiding op het eerste nummer van dit tijdschrift wordt vastgesteld dat de toepassing van de ‘sterke-kanten aanpak’, zoals de positieve psychologie ook wel genoemd wordt, in de (somatische) gezondheidszorg nog nauwelijks tot ontwikkeling is gekomen (Walburg, 2015). Toch is ook in deze sector een beweging gaande waarin naast aandacht voor de ziekte, ook aandacht voor de gezonde en sterke kanten van mensen aan de orde wordt gesteld. In 2011 verscheen er in het gerenommeerde *British Medical Journal* een artikel waarin wordt voorgesteld de WHO-definitie van ‘gezondheid’ aan te passen. Deze uit 1948 stammende definitie (‘a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity’) wordt door de auteurs als te beperkt gezien, vooral omdat zij, onbedoeld, zou bijdragen aan de medicalisering van de samenleving. In plaats daarvan stellen de schrijvers voor om gezondheid te omschrijven als ‘the ability to adapt and to self manage in the face of social, physical, and emotional challenges’. Hiermee wordt, zo stellen zij, meer recht gedaan aan de mogelijkheden van mensen om, ondanks een eventuele somatische of psychische aandoening, om te gaan met de mogelijk hieruit voortkomende beperkingen én zelf regie over hun leven te hebben (Huber et al., 2011). Op basis van een naar aanleiding van de publicatie uitgevoerd onderzoek komen Huber en haar collega’s tot een conceptueel framework waarbinnen voor het begrip ‘positieve gezondheid’ zes dimensies of pijlers worden gedefinieerd: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, spirituele en existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. Met deze onderling samenhangende dimensies, waarop niemand een constante positie inneemt, wordt, zo stellen de onderzoekers, helder gemaakt dat gezondheid geen statische situatie is. Het concept van ‘positieve gezondheid’ zet juist, net als de positieve psychologie dat doet, functioneren, veerkracht en zelfregie centraal (Huber et al., 2016).

De positieve psychologie heeft niet alleen het denken in de somatische gezondheidszorg beïnvloed; zij heeft ook haar sporen getrokken in het terrein van zorg waartegen zij zich in haar oorsprong zo heeft afgezet: de psychiatrie. In een in 2014 in het *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid* opgenomen artikel zet Dellemann uiteen wat verstaan moet worden onder ‘positieve psychiatrie’. Positieve psychiatrie richt zich, zo stelt hij, op het bevorderen van algemeen welbevinden, focust op zowel klachten als krachten en heeft aandacht voor de samenwerking met de woon- en werkomgeving van de betrokkenen (Dellemann, 2014). Als een van de bronnen voor deze stroming binnen de psychiatrie noemt Dellemann de positieve psychologie; daarnaast noemt hij het hersteldenken en

---

4 [www.tijdschriftpositievepsychologie.nl](http://www.tijdschriftpositievepsychologie.nl).

de kennis van specifieke factoren. In de verdere uitwerking van de aanpak die hij voorstaat, benadrukt hij het belang van een krachtgerichte aanpak en de mogelijkheden om daarbij de netwerkbenadering als conceptueel frame te benutten. Met dit laatste doelt hij op het inzicht dat een klacht, ook niet als het om psychische problemen gaat, nooit alleen staat, maar altijd onderdeel is van een netwerk aan symptomen, ontregelende factoren en mogelijk stresserende omstandigheden. Hiermee plaatst hij het ontstaan van, maar ook het reageren op psychische kwetsbaarheid in een (sociale) context en ‘ontdoet’ hij de psychiatrie als het ware van een diagnose-behandelingsmodel (Delleman, 2014).

In zowel de geestelijke als de lichamelijke gezondheidszorg ontstaat dus steeds meer belangstelling voor een meer integrale benadering van ‘patiënten’, waarin niet alleen maar meer aandacht wordt gegeven aan de klachten, maar juist ook aan de krachten. In deze benaderingen wordt ook nadrukkelijk waarde gehecht aan kwaliteit van leven, maatschappelijke participatie en ‘herstel’. Gezien het enthousiasme waarmee de ‘positieve krachten-benadering’ wordt ontvangen ligt het in de lijn der verwachtingen dat de weerstand die in paragraaf 1.2.2 werd vermoed op den duur gaat verdwijnen. De ideologische grondslagen van de actuele wet- en regelgeving zullen dan ook hun weerklank vinden in de beslissingen en maatregelen van beleidsmakers en financiers. Dit is voldoende reden om nu na te gaan denken over de implicaties van deze benaderingen voor de dagelijkse praktijk van de professionals in de (sociale) psychiatrie. In lijn met de uitgangspunten van de positieve psychologie, gezondheid en psychiatrie zullen ook zij dus (meer) aandacht moeten geven aan de krachten van mensen met psychische kwetsbaarheid, aan hun herstel, maatschappelijk participeren en vooral zelfbeschikking, kortom: kwaliteit van leven (cf. Schalock and Verdugo, 2002).<sup>5</sup>

#### 1.2.4 *(Aspecten van) kwaliteit van leven*

Kwaliteit van leven is dus meer dan ‘maatschappelijke participatie’ of integratie alleen. Toch ligt voor velen daar wel het aangrijpingspunt om de overige aspecten te bevorderen, mogelijk omdat het hebben van sociale contacten, een gezamenlijk inspanning of doel, een sociale status en regelmatige bezigheden al decennialang voor iedereen worden gezien als voorwaarden voor welbevinden (cf. Jahoda, 1958). Als hieraan niet is voldaan, zo is mogelijk de redenering, worden de eigen krachten niet uitgedaagd en benut, en blijven herstel en zelfregie moeilijk te realiseren. Hoe dan ook lijkt maatschappelijke participatie

---

<sup>5</sup> Schalock en Verdugo zijn als ‘voorvechters’ van kwaliteit van leven vooral bekend in de wereld van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De acht domeinen die zij onderscheiden als indicatoren voor kwaliteit van leven zijn echter voor iedereen van belang, dus ook voor mensen met psychische kwetsbaarheid.

gemakkelijker door anderen te bevorderen dan herstel en zelfregie. Deze moeten immers (ook) door de betrokkenen zelf tot stand worden gebracht.

Aan maatschappelijke participatie zijn diverse facetten te onderscheiden, zoals dagbesteding/werk, vrijetijdsbesteding en sociaal netwerk (Kwekkeboom en Van Weert, 2008). Uit onderzoek blijkt dat met name het hebben van dagbesteding of, liefst nog, betaald werk voor een belangrijk deel van de mensen met psychische kwetsbaarheid bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven ('geluk'). En dat is ook logisch, (gaan) werken levert veel op: versterkt het gevoel van eigen waarde en identiteit, is een bron van sociale contacten en levert, meestal, ook inkomen op en dus een zekere mate van vrijheid en onafhankelijkheid (Michon, 2012). Voor mensen met een psychische kwetsbaarheid geldt bovendien dat werken bij kan dragen aan het leren omgaan met en accepteren van hun beperkingen. Werk draagt dus bij aan het vergroten, versterken van de 'eigen kracht' van mensen (Smit-Volkers, Michon en Grootsholte, 2015).

Daarbij is het wel essentieel, zo komt ook uit onderzoek en ervaring naar voren, dat deze dagbesteding, dit werk, ruimte laat voor de eigen voorkeuren, behoeften en mogelijk ook beperkingen van de betrokkenen. Dit kan spanningen opleveren: aanbieders van dagbesteding kunnen mogelijk niet op alle individuele preferenties inspelen, werkgevers kunnen het zich niet altijd permitteren uitzonderingen toe te staan. De ervaringen met de invoering van Wmo en Participatiewet laten dat ook zien: het creëren van maatwerkvoorzieningen voor dagbesteding heeft niet de voorkeur van de gemeenten en de overgang van Wet Sociale Werkvoorziening (WSW) naar Participatiewet gaat voor de betrokkenen met veel onzekerheid en dus onrust gepaard (Monitor, 2015; CNV, 2016). Dit betekent dat de professionals die mensen met een psychische kwetsbaarheid ondersteuning bieden bij het vinden en houden van (arbeidsmatige) dagbesteding niet alleen rekening moeten houden met de individuele voorkeuren en mogelijkheden. Zij dienen ook kennis te hebben van de gevolgen van de gewijzigde wetgeving en de daarmee samenhangende veranderingen in verantwoordelijkheden.

Uit onderzoek blijkt verder dat ook het sociale netwerk – en dan met name de steun die hiervan wordt verkregen – van grote invloed is op de ervaren kwaliteit van leven van mensen met psychische kwetsbaarheid. Ook voor hen geldt immers, zoals uit de sociologie blijkt en voor de meeste mensen geldt, dat een krachtig sociaal netwerk zowel beschermt tegen het ontstaan van (langdurige) problemen als helpt bij het overwinnen ervan (Steyaert, 2012). Er zijn dan ook diverse interventies ontwikkeld om, waar nodig en mogelijk, de netwerken van mensen met psychische kwetsbaarheid te versterken (Kwekkeboom en te Poel, 2011; Van Regenmortel en Lemmens, 2012). De meest effectieve van deze interventies zijn die welke inzetten op het creëren van een triade, waarbinnen de betrokkenen met zowel hun familieleden/vrienden als hun professionele ondersteuners gezamenlijk een plan van aanpak bedenken en uitvoeren.

Ook hier geldt weer dat steeds gekeken moet worden naar de individuele voorkeuren en mogelijkheden. Niet alleen naar die van de mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf, maar ook naar die van de leden van het sociale netwerk. Niet zelden heeft dit netwerk schade opgelopen als direct of indirect gevolg van de psychische problematiek (cf Wittenberg et al., 2012; Van Lanen en Claassen, 2012) en is het daardoor ook zelf kwetsbaar geworden. Gezien de steeds grotere druk die bij de herzieningen in de zorg gelegd wordt op ondersteuning vanuit het sociale netwerk, betekent dit dat de professionals zich in toenemende mate bewust moeten zijn van het belang van een goede samenwerking met zowel hun cliënt als diens netwerk. Een slechte samenwerking blijkt immers bij te dragen aan ervaren (over)belasting van mantelzorgers (Wittenberg et al., 2012) en daarmee ook aan een lagere kwaliteit van leven van de mensen met psychische kwetsbaarheid zelf. Er is dus alle reden om ‘samenwerking met mantelzorgers’ een vaste plaats te geven in de opleiding van sociale professionals, zowel initieel als post-initieel.

### 1.2.5 *Herstel en empowerment*

De hiervoor genoemde aspecten van kwaliteit van leven zijn ook onderwerpen waarvoor de herstelbeweging in de psychiatrie al geruime tijd aandacht vraagt (cf. Boevink en Plooy (2006) in Delleman, 2014).<sup>6</sup> In deze, door mensen met psychische kwetsbaarheid zelf in gang gezette en gehouden stroming, wordt ‘herstel’ niet gebruikt als een synoniem voor genezing. Er wordt nadruk gelegd op het leren zien en herkennen van zowel eigen kwetsbaarheden als talenten en het gebruikmaken daarvan, om (weer) baas te worden over het eigen leven. Krachtgericht denken en het streven naar autonomie, zelfregie, staan in de herstelbeweging centraal. In de herstelbeweging wordt mede daarom ook groot belang gehecht aan het ontwikkelen en erkennen van ‘ervaringsdeskundigheid’ en het inzetten van ervaringsdeskundigen naast formele en informele ondersteuners.

De herstelbeweging begint, na een wat aarzelende start, vaste voet te krijgen in het geheel van de zorg en ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid, getuige ook de stevige verankering van het HEE-programma bij reguliere organisaties en instellingen.<sup>7</sup>

De tweede E van HEE staat voor ‘empowerment’, door het HEE-team zelf gedefinieerd als ‘het ontdekken en aanboren van eigen kracht’, een individuele ontwikkeling dus. Empowerment kent echter meerdere definities (cf Boumans, 2012) en werd door de ‘founding father’ van het begrip, Paulo Freire, nadrukkelijk opgevat als een tweezijdig proces: ‘empowerment’ kan alleen worden

<sup>6</sup> Zie ook: Stel, J. van der (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

<sup>7</sup> [www.hee-team.nl](http://www.hee-team.nl).

gerealiseerd als zowel de ‘onderdrukten’ als de onderdrukkers’ de krachten en mogelijkheden van mensen de ruimte geven en tot ontwikkeling laten komen (Timpson, 1988). Empowerment wordt daarmee niet alleen een individuele aangelegenheid of opdracht aan de mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf. Het is ook een oproep aan de ondersteuners om enerzijds, waar nodig, het empowermentproces van de betrokkenen te ondersteunen en om anderzijds het proces te faciliteren door, als kwartiermakers, ook ruimte te creëren in de samenleving. En dus is empowerment ook een oproep aan de samenleving zelf en tegelijkertijd een contradictie voor de sectoren van zorg en welzijn die ondersteuning bieden om deze ondersteuning overbodig te maken.

Empowerment is een van de meest veelbelovende begrippen in het denken over kwaliteit van leven van kwetsbare burgers. Door de meerzijdigheid ervan is echter niet eenvoudig vast te stellen op welke manier empowerment het best bevorderd kan worden, welke interventie het meest effectief zou zijn (Boumans, 2012; Boumans, 2015).

### 1.3 De keerzijde; ethische aspecten

Hiervoor is uitgelegd dat de beoogde doelen van de veranderingen in wet- en regelgeving in feite naadloos aansluiten op de uitgangspunten van de positieve psychiatrie: krachtgericht werken, met aandacht voor herstel en empowerment. De decentralisatie van de bevoegdheden en taken zou het daarbij ook mogelijk moeten maken beter aan te sluiten bij de individuele voorkeuren en behoeften van degenen die, binnen welk wettelijk kader dan ook, aanspraak kunnen maken op ondersteuning. In de discussies over de veranderingen wordt echter in toenemende mate aandacht gevraagd voor de mogelijkheid dat de gewenste ontwikkelingen niet voor iedereen gunstig zullen uitpakken.

#### 1.3.1 *Als leven geen kwaliteit biedt*

Om te beginnen is het goed om te benadrukken dat het te kampen hebben met psychische kwetsbaarheid hoe dan ook een bedreiging vormt voor de ervaren kwaliteit van leven. Men is dan wel niet per definitie gedoemd tot een uitzichtloos bestaan, maar voor de perspectieven moet wel geknokt worden. Zoals ook in kritiek op de positieve psychologie wordt verwoord (cf. Gable en Haidt, 2005), kan de nadruk op optimisme en uitgaan van herstel van ‘eigen kracht’ ook een negatief effect hebben. Iemand die midden in een depressieve periode zit of net nadelige gevolgen heeft ervaren van de psychische problematiek, zal zich mogelijk niet echt geholpen voelen door een oproep om niet bij de pakken neer te zitten. Zeker als zo’n oproep ervaren wordt als het ontkennen van de ernst van de klachten, het ontkennen van het verdriet en de onmacht, kan dit bijdragen aan het gevoel niet begrepen en niet gerespecteerd te zijn. Hulpverleners in de triade (zowel professioneel als informeel) moeten dus in staat zijn

altijd een afweging te maken in de manier waarop zij mensen met psychische kwetsbaarheid bejegenen.

Dit geldt ook voor de manier waarop professionals én informele ondersteuners kunnen bijdragen aan het realiseren van voorwaarden voor het verbeteren van kwaliteit van leven, zoals het herstellen en behouden van sociale relaties of het verrichten van (arbeidsmatige) dagbesteding of werk. De psychische problematiek kan (tijdelijk) zo ernstig zijn dat het aangaan en onderhouden van (nieuwe) contacten er niet inzit. De confrontatie daarmee kan al zo belastend zijn dat de problematiek er alleen maar zwaarder door wordt. Aanmoedigen om dan toch maar vooral wel aan een sociaal netwerk te werken, pakt dan niet positief uit en kan de gevoelens van eenzaamheid, het er níet bij horen, dan juist versterken ([www.ervaringsverhalen.nl](http://www.ervaringsverhalen.nl)).

Op een vergelijkbare manier kan het stimuleren om bezigheden of zelfs betaald werk te zoeken, negatief uitpakken. Een belangrijk deel van de mensen met psychische problemen wil wel werken of op een andere manier zinvol bezig zijn, maar niet zelden ervaren zij dat hun problemen te groot zijn om dit ook daadwerkelijk te kunnen doen (Kwekkeboom en Van Weert, 2008). Daarnaast kunnen ook mensen die wel, al dan niet begeleid, aan het werk zijn, ‘slechtere’ dagen hebben waarop gaan werken eerder een negatieve impact op de ervaren kwaliteit van leven kan hebben dan een positieve. Ondersteuners moeten dit onderkennen en dan ook geen druk uitoefenen om toch, op wat voor manier dan ook, aan de slag te gaan.

Het gaat er dus steeds om de juiste balans te vinden tussen aanmoedigen en (even) laten rusten en waar nodig dus ook stelling durven nemen in het belang van degenen die ondersteuning nodig hebben. Dit vraagt van de ondersteuners een grote mate van sensitiviteit en het vermogen ethische afwegingen te maken. In de diverse opleidingen voor professionals wordt natuurlijk aandacht gegeven aan met name deze ethische ‘vorming’. Een heel specifieke methodiek om juist in deze situaties, samen met collega’s en andere betrokkenen, na te denken over de juiste reactie en eventuele acties, is het zogenoemde ‘moreel beraad’, een gestructureerd en methodisch groeps gesprek rond morele vraagstukken.<sup>8</sup> Dit betekent natuurlijk wel dat er (meer) tijd uitgetrokken moet worden voordat een besluit kan worden genomen of doorgevoerd. Ook dit nemen of claimen van de benodigde tijd is een vorm van het hierboven genoemde ‘stelling nemen’.

### 1.3.2 *Grenzen aan autonomie*

De roep om meer autonomie en zelfregie sluit enerzijds sterk aan bij de wensen en overtuigingen van belangbehartigingsorganisaties als het Landelijk

<sup>8</sup> [www.ceg.nl/werk/bekijk/moreel-beraad](http://www.ceg.nl/werk/bekijk/moreel-beraad)

Platform GGZ (LPGGz) en van de voorvechters van herstel en empowerment in de HEE-beweging. Anderzijds werd en wordt zij met scepsis ontvangen door formele én informele zorgverleners die mee hebben moeten maken dat niet iedereen in staat is om met succes zelf invulling te geven aan het leven. Familieverenigingen als Ypsilon en Labyrinth In Perspectief hebben zich jaren verzet tegen de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg en het daarmee samengaande streven naar meer zelfstandigheid en zelfbeschikking. Hun ervaringen waren dat veel mensen met psychische problematiek zelf niet voldoende inzicht hadden in de ernst van hun aandoeningen en dat zij, zonder voortdurend toezicht, risico liepen op versterking van problematiek met verwaarlozing, verloedering en risicogedrag als gevolg (Kwekkeboom, 2001). Hun zorgen werden gedeeld door een deel van de professionele hulpverleners in de GGZ, adviseurs van de overheid en wetenschappers (Van Reijen, 2007).

De psychische problematiek kan, al dan niet tijdelijk, zo ernstig zijn dat ingrijpen door anderen noodzakelijk is. Zonder ingrijpen kunnen namelijk gevaarlijke of in ieder geval onaangename situaties ontstaan: overlast, hinder en in het ergste geval (pogingen tot) zelfmoord en moord. De (ervaren) toename van het aantal mensen dat verward gedrag vertoont en daarmee een gevaar voor zichzelf en anderen vormt, wordt niet zelden toegeschreven aan het veranderende beleid in de geestelijke gezondheidszorg, zeker nu dit gepaard gaat met ingrijpende bezuinigingen en wijzigingen in taakverdeling (Aanjaagteam, 2016).

De zorgverleners die met dergelijke situaties te maken krijgen, komen voor het ethische dilemma te staan dat zij moeten beslissen wat nu wel of niet het beste is voor de betrokkene en diens kwaliteit van leven (Widdershoven, Berghmans en Molenwijk, 2000). Het afnemen van iemands zelfbeslissingsrecht is een zwaarwegend besluit en er is niet altijd voldoende tijd om hierover een afgewogen oordeel te vormen. De lange besluitvorming over de wijzigingen van de huidige Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz)<sup>9</sup> laat zien dat ook binnen en buiten de politiek grote aarzelingen bestaan bij het 'zomaar' afpakken van het zelfbeschikkingsrecht, ook als dat 'voor eigen bestwil' zou zijn.

### 1.3.3 *Ontbrekend draagvlak in de samenleving*

De veranderingen in wet- en regelgeving, de opvattingen van de positieve psychiatrie en herstelbeweging, de roep om empowerment: alle gaan zij uit van een grotere bijdrage van de samenleving als geheel aan het realiseren van kwaliteit van leven van mensen met psychische kwetsbaarheid. Het 'meedoen naar vermogen', het ontplooiën van mogelijkheden en talenten en het realiseren van kwaliteit van leven door het aanhouden en onderhouden van sociale relaties, zijn immers alleen mogelijk als daarbinnen en door de samenleving gelegenheid voor wordt geboden. De realiteit leert echter dat, hoewel de beeldvorming van

---

9 [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl)



mensen met psychische kwetsbaarheid lang niet zo negatief meer is als enkele decennia geleden, er nog altijd sprake is van vooroordelen en stigmatisering (Verhaeghe en Bracke, 2013; Schoemakers en van Biezen, 2014). Burgers zien mensen met een psychische kwetsbaarheid vooral als onvoorspelbaar en neigen er toch naar hen als buur of collega te mijden (een vorm van stigmatisering; het aangaan van meer persoonlijke sociale contacten is voor velen helemaal een brug te ver). Ervaring leert ook dat de komst van een woonvoorziening voor mensen met psychische problemen tot weerstand leidt in de buurt en dat (positieve) bevordering van het te werk stellen van mensen met psychische problemen, op bezwaren stuit bij zowel werkgevers als aanstaande collega's.

Nu leert dezelfde ervaring dat de negatieve verwachtingen snel worden bijgesteld als men eenmaal persoonlijk contact heeft (gehad) met mensen met psychische kwetsbaarheid, maar het blijft een wankel evenwicht. Bij het eerste het beste incident – dat niet eens per se een ernstig incident hoeft te zijn, maar bijvoorbeeld alleen het door de problematiek niet na kunnen komen van afspraken – worden de vooroordelen en met name de voorzichtigheid weer springlevend. Dit wijst er al op dat niet altijd aan de voorwaarde voor daadwerkelijke empowerment van mensen met psychische problematiek, namelijk een ruimte biedende samenleving, wordt voldaan.

En hiermee ontstaat opnieuw een ethisch dilemma voor de ondersteuners van mensen met psychische kwetsbaarheid. Enerzijds is daar het belang van het bevorderen van acceptatie, integratie en het kunnen benutten van talenten en mogelijkheden. Anderzijds is daar de realiteit dat het hiervoor nodig is dat de omgeving genoeg vertrouwen heeft dat zij zelf ruimte kan bieden. Dit vertrouwen kan niet worden afgedwongen; als het daarnaast ook nog een of meerdere keren wordt geschaad doordat grenzen zijn overschreden, moet er energie worden gestoken in het herstel ervan. Ook hierin is een rol weggelegd voor de professionele ondersteuners, juist omdat hun geleerd is zowel betrokken als 'professioneel gedistantieerd' te zijn. Zij kunnen namens hun 'cliënten' optreden als ambassadeurs naar hun omgeving door het gedrag uit te leggen, adviezen te geven over hoe te reageren (psycho-educatie) en, samen met alle betrokkenen, te werken aan (her)opbouw van de beschadigde relaties.

Ook hier betekent dit dus dat ondersteuners, professioneel en informeel, steeds, in overleg met alle betrokkenen, moeten zoeken naar een balans. Daarbij dienen deze ondersteuners zich ook steeds bewust te zijn van eigen mogelijke vooroordelen; ook zij die mensen met psychische kwetsbaarheid bij willen staan in hun streven naar meer autonomie, blijken niet altijd aan stigmatisering te ontkomen (Kienshorst, 2014). Deze wetenschap is reden geweest tot een gezamenlijke initiatief van onder andere GGZ Nederland, LPGGz en Zorgverzekeraars Nederland om stigmatisering van mensen met psychische kwetsbaarheid aan te pakken.<sup>10</sup>

---

10 [www.samensterkzonderstigma.nl](http://www.samensterkzonderstigma.nl)



## 1.4 Samenvatting

In de afgelopen jaren, en zeker in 2015, is er veel veranderd in wet- en regelgeving die van invloed is op de voorwaarden waaronder en de manieren waarop mensen met psychiatrische problematiek of kwetsbaarheid in Nederland ondersteund kunnen worden. De achtergronden van deze veranderingen zijn niet alleen, zoals vaak wordt gesuggereerd, de wens tot bezuiniging op de collectieve voorzieningen. Een belangrijk deel van de uitgangspunten voor de nieuwe wetten komt overeen met veranderde opvattingen over ‘goede zorg’, zoals deze terug te vinden zijn in stromingen als ‘positieve gezondheid’, ‘positieve psychologie’ en ‘positieve psychiatrie’. De veranderde wet- en regelgeving kan dus, in principe, bijdragen aan verhoging van de kwaliteit van leven van mensen die met psychische kwetsbaarheid te kampen hebben.

Deze nieuwe opvattingen kunnen echter ook met zich meebrengen dat juist de professionele ondersteuners voor grotere, met name, ethische dilemma's komen te staan. Een goede afweging van de belangen van de mensen die hun ondersteuning nodig hebben, tegenover die van de samenleving en de directe omgeving van de mensen met een ondersteuningsbehoefte, vraagt in feite om een extra inzet van de professionals. Ook wordt er een groter beroep gedaan op hun professionaliteit en hun vermogen de benodigde distantie te bewaren, zonder dat dit ten koste gaat van hun betrokkenheid. Juist in een tijd dat er óók bezuinigd wordt op de professionele hulpverlening, betekent dit dat in de opleidingen (initieel en postinitieel) expliciet aandacht besteed moet worden aan de omgang met dit soort morele dilemma's.

### Website



Ga naar [www.psychischekwetsbaarheid.nl](http://www.psychischekwetsbaarheid.nl) voor meer informatie, links en downloads horende bij dit hoofdstuk.

### Literatuur

- Aanjaagteam (2016). *Samen Doorpakken. Op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak voor en met mensen met verward gedrag*. Den Haag: VNG, Aanjaagteam Verwarde Personen.
- Boevink W, & Plooy, A. (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment. Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen*. Utrecht: Movisie.
- Boumans, J. (2015). *Naar het hart van empowerment, deel 2. Over de vraag wat werkt*. Utrecht: Movisie.
- CNV (2016). *Gegarandeerd werk. Over een toekomst voor SW-ers en arbeidsgehandicapten als alles verandert*. Utrecht: CNV Overheid.
- Dellemann, O. (2014). Innovatie: ‘Positieve psychiatrie’ als visie voor de praktijk van de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 3, 16-23.

- Gable, S.L. & Haidt, J. (2005). What (and Why) Is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 2, 103-110.
- Galesloot, H. (2013). 'De GGZ is naar binnen gekeerd': transitie in het sociale domein. *Deviant*, 78, 10-11.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van, & Smid, H. (2011). Analysis: How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 1-3.
- Huber, M., Vliet, M. van & Boers, I. (2016). Zorg. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, 1-5.
- Kienhorst, G. (2014). Stigma bestrijden binnen en vanuit de GGZ (1). *Psychopraktijk*, 5, 18-21.
- Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk. Draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kwekkeboom, M.H. & Weert, C. van (2008). *Meedoen en gelukkig zijn. Een verkennend onderzoek naar de participatie van mensen met een verstandelijke beperking of chronisch psychiatrische problemen*. Den Haag/Breda: Sociaal en Cultureel Planbureau/Avans Hogeschool.
- Kwekkeboom, R. & Poel, Y. te (2010). De familie als bondgenoot: een wederkerige opleiding. In J. Steyaert & Kwekkeboom, R. (red.), *Op zoek naar duurzame zorg. Vitale coalities tussen formele en informele zorg*. Utrecht: Movisie, p. 108-119.
- Lanen, M. van & Claassens, H. (2012) De keerzijde van het benutten van sociale netwerken van GGZ-cliënten. In Steyaert, J. & Kwekkeboom, R. (red.). *De zorgkracht van sociale netwerken* (p. 107-112). Utrecht: Movisie.
- Michon, H. (2012). *Op zoek naar nieuwe krachten. Ondersteuning bij arbeidsparticipatie (lectorale rede)*. Eindhoven: Fontys Hogescholen, Lectoraat Duurzaam werken.
- Monitor (2015). *Monitor voortgang Wmo. Uitkomsten zevende meting, eind 2015*. Amersfoort: GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang.
- Van Reijen, M. (2007). *Met de beste bedoelingen. Veertig jaar betekenisgeving en praktijk van vermaatschappelijking in beeld gebracht*. Breda: Avans Hogescholen.
- Van Regenmortel, T. & Lemmens, A. (2012). Familie als volwaardige partner in de geestelijke gezondheidszorg. In J. Steyaert & Kwekkeboom, R. (red.). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Utrecht: Movisie, p. 100-106.
- Smit-Volkers, L., Michon, H. & Grootsholte, M. (2015). *Samen Sterk! Beschrijving van de werkwijze STERK: Samen Tot Eigen Regie en Kracht*. Den Haag/Eindhoven-Tilburg: SBCM/Fontys Hogeschool HRM en Psychologie.
- Steyaert, J. (2012). *Sociale wetenschappers over sociale netwerken*. In Steyaert, J. & Kwekkeboom, R. (red.). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Utrecht: Movisie, p. 25-35.
- Schalock, R.L. & Verdugo, A.M.A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington: AAoMR.
- Schoemakers, Y. & Biezen, M. van (2014). *Geestelijke gezondheid en stigmatisering. Een korte inleiding op basis van de literatuur*. Leiden: Stichting Zon.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Staatsblad (2014a). *Wet van 2 juli 2014 tot wijziging van de Wet werk en bijstand, de Wet sociale werkvoorziening, de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten en enige andere wetten gericht op bevordering deelname aan de arbeidsmarkt voor mensen met arbeidsvermogen en harmonisatie van deze regelingen (Invoeringswet Participatiewet)*, nr. 270, Den Haag: Sdu.

- Staatsblad (2014b). *Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*, nr. 280, Den Haag: Sdu.
- Staatsblad (2014c). *Wet van 3 december 2014, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*, nr. 494, Den Haag: Sdu.
- Timpson, W.M. (1988). Paulo Freire, Advocate of literacy through education. *Educational Leadership*, 62-66. [www.ascd.com/ASCD/pdf/journals/ed\\_lead/el\\_198802\\_timpson.pdf](http://www.ascd.com/ASCD/pdf/journals/ed_lead/el_198802_timpson.pdf).
- Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2013). Stigmatisering in de geestelijke gezondheidszorg. Effect op zorggebruikers, hulpverleners en hulpverlening. *Alert*, 2, 48-53.
- Walburg, J. (2015). Sterke kanten. *Tijdschrift voor positieve psychiatrie*, 1, 4-8.
- Widdershoven, G.A.M., Berghmans, R.L.P. & Molewijk, A.C. (2000). Autonomie in de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 6, 389-398.
- Wittenberg, Y., Kwekkeboom, M.H. & Boer, A.H. de (2012). *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek*. Den Haag/Amsterdam: SCP/HvA.