

Van patiënt naar volwaardig burger

Ambulantiseren en herstel in theorie en praktijk

Herstel en ambulantiseren – zorgvisie en overheidsbeleid

De visie op de geestelijke gezondheidszorg is de afgelopen jaren aanzienlijk gewijzigd. In het visiedocument 'Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen' van GGZ Nederland (2009) heeft de ggz-sector als ambitie uitgesproken dat herstel het leidend principe in de zorg moet zijn (Trimbos-instituut, Trendrapportage, 2012). Herstel is een persoonlijk en uniek proces waarin iemand de draad weer oppakt en zijn leven opnieuw inhoud en richting geeft (Anthony, 1993; Deegan, 1992). Aspecten van dit proces zijn het herstellen van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke rollen en identiteit. Het paradigma verschuift van ziekte en gezondheidsbewaking naar luisteren naar de behoeften van een persoon (Trimbos-instituut, Wegwijzer Ambulantisering, 2012).

Naast deze zorgvisie is ambulantiseren als overheidsmaatregel een actueel thema in de GGZ. In het Lenteakkoord 2012 (Voorjaarsnota rijksoverheid, 2012) stelt de regering dat patiënten met een Zorgzwaartepakket (ZZP) 1 tot en met 3, die nu in een Beschermd Woonvorm (BW) wonen, op termijn Begeleid Zelfstandig moeten gaan wonen (BZW). De doelstelling van de overheid is om het aantal BW plekken met 30% te verminderen (Trendrapportage GGZ, 2012).

Patiënten die momenteel in een beschermd woonvorm wonen, zijn mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). De consensuswerkgroep EPA stelt voor om mensen tot de groep van EPA te rekenen wanneer sprake is van een psychiatrische stoornis die zorg en/of behandeling noodzakelijk maakt en die gepaard gaat met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. Deze beperkingen zijn oorzaak en gevolg van de psychiatrische stoornis en zijn structureel of langdurig. Hierbij is gecoördineerde zorg van zorgnetwerken of professionals geïndiceerd en noodzakelijk voor het uitvoeren van het behandelplan (Delespaul & Consensuswerkgroep, 2013).

In Nederland zijn landelijk 12978 bw plekken beschikbaar (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012). Tussen 1993 en 2009 is deze capaciteit verdrievoudigd, maar zij zal de komende jaren met 30% afnemen. Bewoners van een bw zijn gemiddeld 43 jaar. De populatie bestaat uit 62% mannen en 38% vrouwen. Van de bewoners heeft de helft de diagnose schizofrenie en daarnaast komen persoonlijkheidsstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen en comorbiditeit met verslaving voor (De Heer-Wunderink, 2012).

Een risico van het ambulantisieren is dat van patiënten meer zelfstandigheid en initiatief wordt verwacht terwijl ze juist veel begeleiding gewend zijn en niet gauw om hulp vragen.

Een voordeel van het ambulantisieren is dat een zelfstandige woon-situatie meer perspectief biedt op maatschappelijke integratie (De Heer-Wunderink, 2012). Verschillende onderzoeken tonen aan dat mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die in een intramurale setting verblijven, een sterke voorkeur hebben voor zelfstandig wonen en ambulante hulp (Medeiros, McDaid, Knapp, & MHEEN Group, 2008; Van Hoof, Knispel, Van Wijngaarden, & Kok, 2009; Van Veldhuizen, 2012). Het bevorderen van een zo zelfstandig mogelijk leven sluit aan bij de wensen van cliënten zelf (Fakhoury, Murray, Sheperd, & Priebe, 2002) en past bij herstelgericht werken.

In theorie sluiten ambulantisieren en herstel op elkaar aan, maar in hoeverre geldt dat ook voor de praktijk? In de hierna volgende gevalsbeschrijving staat een bewoner van een bw centraal, die gezien zijn zzp 3c buiten de bw zou moeten wonen. De bw gaat sluiten. Zijn casus illustreert het klinisch redeneerproces van de verpleegkundig specialist in opleiding (vs i.o.) dat antwoord geeft op de vraag of de processen van ambulantisieren en herstel samengaan en wat voor gevolgen dit heeft voor de praktijk en de rol van de vs.

Gevalsbeschrijving

Patiënt is 54 jaar en woont sinds 2006 in een bw. Hij is opgegroeid in een gereformeerd gezin van vijf kinderen waar het geloof een duidelijke rol speelde in de opvoeding. Op de basisschool kon hij moeilijk meekomen, hij had weinig vriendjes, was gevoelig en piekerde veel.

Hij heeft twintig jaar gewerkt als woningstoffeerder. Het piekeren over het geloof werd vervangen door piekeren over zijn werk, gevoed door zijn perfectionisme. Hij is getrouwd geweest en uit dit huwelijk zijn twee kinderen geboren¹.

Het eerste behandelcontact van patiënt was met een psycholoog toen

¹ Patiënt heeft het artikel gelezen en toestemming verleend voor het publiceren van het artikel.

hij 43 jaar was en depressieve klachten had. Een jaar later heeft hij een dagbehandeling gevolgd vanwege een depressief toestandsbeeld met mogelijk psychotische kenmerken.

In 2004 is patiënt tweemaal opgenomen op een opnameafdeling. Bij de eerste opname was sprake van verwardheid en suïcidale gedachten vanwege relatieproblemen. Bij de tweede opname voelde hij zich gespannen en verward omdat zijn vrouw had aangegeven te willen scheiden. Na deze laatste opname is hij op 48-jarige leeftijd in een BW gaan wonen. Zijn huidige diagnose volgens de DSM IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2007) is: Schizoaffectieve stoornis, bipolaire type (DSM IV, 295.70). Als medicatie gebruikt hij Camcolit 800 mg/dag, Olanzapine 10 mg/dag en Nortrilen 50 mg/dag. Zijn laatste behandelplan dateert uit 2010 en is een kopie van het behandelplan uit 2008. Het destijds gestelde behandelgoal is psychisch stabiel blijven met als interventies het wonen in een BW met begeleiding en jaarlijks contact met de psychiater voor medicatiecontrole.

Patiënt maakt in het gesprek goed contact, is vriendelijk en er ontstaat contactgroei en wederkerigheid. Hij kan goed over levenszaken en zijn situatie nadenken en vertellen.

Door de angst om iets fout te doen durft hij al jaren geen dagbesteding of vrijwilligerswerk op te pakken en vindt hij het lastig om zich onder onbekende mensen te begeven. De angst en passiviteit maken hem somber.

Patiënt heeft sterke empathie voor mensen die kwetsbaar zijn en hen kunnen bijstaan geeft hem een zinvol gevoel. Hij is zorgzaam voor de twee medepatiënten die in hetzelfde huis wonen en ervaart dan geen angstklachten. Problemen met de zelfzorg, huishouden en financiën zijn er niet; patiënt regelt dit zelf. Op de vraag wat hij zelf in de toekomst zou willen, uit hij de wens om zelfstandiger te kunnen functioneren op het gebied van meedoen in de maatschappij en zelfstandig te kunnen wonen. Hij is bang dat hij het niet kan, ziet op tegen de eenzaamheid en stelt daarom een besluit hierover uit.

Uit het Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) (Phelan et al., 1995) blijkt dat de zorgbehoeften van patiënt liggen op het gebied van: activiteiten overdag, psychisch welbevinden en gezelschap. De Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) (Wing, Beevor, & Curtis, 1998) geeft milde functioneringsproblemen aan op de gebieden van depressieve stemming en het aangaan en onderhouden van relaties.

Beschrijvende diagnose

Voor de diagnose is ook gebruik gemaakt van de International Classification of Functioning (ICF) (2007) en de door de North American

Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2009) vastgestelde verpleegkundige diagnoses.

Patiënt is een 54-jarige man met een schizoaffectieve stoornis, wat zich uit in negativistische betrekkingsideeën over gebeurtenissen uit het verleden en een overmatig verantwoordelijkheidsgevoel. Hierdoor heeft hij snel schuldgevoelens over het effect van zijn gedrag op anderen, waardoor depressieve klachten persisteren. In NANDA-terminen is er sprake van verminderde individuele veerkracht, beslisconflict, risico voor eenzaamheid en de behoefte aan vermeerdering van hoop. In ICF-terminen heeft de psychiatrische kwetsbaarheid geleid tot matige en ernstige verstoring binnen de mentale functies temperament en persoonlijkheid (b126), energie en driften (b130), stemming (b152) en denken (b160). Verpleegkundig diagnostisch leiden deze verstoorde functies tot ernstige participatieproblemen op de levensgebieden van beroep en werk (d855), maatschappelijk leven (d910) en een matig probleem in het omgaan met onbekenden (d730) en formele relaties (d740). Ondersteunend voor het stabiele evenwicht zijn de hulpverleners in de gezondheidszorg (e355) de medebewoners en de kerk (e325).

Door het uitvoeren van uitgebreid dossieronderzoek, het ontvouwen van de levens- en behandelgeschiedenis, in kaart brengen van somatiek, medicatiegebruik, sociale contacten en dagbesteding en gesprekken met patiënt, zijn persoonlijke begeleider en behandelaar, is een compleet beeld van de patiënt ontstaan. Dit geeft richting aan het behandelplan waarbij rekening gehouden wordt met ambulantisering en herstel.

De vs i.o. constateert op basis van de verzamelde gegevens dat patiënt tot zijn 42e jaar redelijk heeft kunnen functioneren en daarna door life-events en psychische kwetsbaarheid bij de GGZ in behandeling is gekomen. Inmiddels woont hij zeven jaar in een BW en functioneert sindsdien stabiel. De reden dat hij nog in een BW woont, is dat men denkt dat hij zichzelf zou verwaarlozen als hij op zichzelf zou wonen. Hier zijn echter geen aanwijzingen voor. In het verleden zijn geen interventies gepleegd om toe te werken naar meer zelfstandigheid en het herstellen van rollen. Het Panel Psychisch Gezien (Place, Hulsbosch, & Michon, 2012) stelt dat wanneer niet of onvoldoende op de ondersteuningsbehoeften van patiënten wordt ingegaan, ze hun ambities en hoop deels opgeven.

Behandeling

De vs i.o. concludeert dat patiënt in staat is om zelfstandig te gaan wonen en dat hiervoor ingezet moet worden op de krachten van patiënt en op een zinvolle dagbesteding. Dit is gebaseerd op basis van

rehabilitatie- en herstelprincipes (Deegan, 2003). Samen met patiënt wordt een nieuw behandelplan gemaakt. De volgende NIC-interventies (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2010) zijn daarin uitgezet: bevorderen van eigenwaarde, hoop inspreken en bevoedigen, ondersteunen bij besluitvorming en bevorderen van socialisatie. Hierbij wordt het Wellness Recovery Action Plan (WRAP) ingezet. Dit is een herstelondersteunend instrument dat iemand helpt bij het maken van een plan hoe een goed leven te leiden (Copeland, 1997). De mate van groei van de eigen kracht van de patiënt wordt maandelijks gemeten met de Nederlandse Empowermentlijst (NEL) (Boevink, Kroon, & Giesen, 2008). De uitkomstmaten volgens de Nursing Outcome Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2011) zijn: patiënt participeert in beslissingen over de zorg, er is vervulling van gebruikelijke rollen, ongegronde vrees is afwezig, patiënt uit geloof in zichzelf en is trots op zichzelf.

Beloop

Aan patiënt werd door de behandelaar ruimte geboden om herstel en welbevinden te verkennen. Hierbij was de houding open, acceptierend en present. Door het maken van de WRAP werd inzichtelijk wat patiënt een goed gevoel geeft en waar zijn valkuilen liggen. Hij heeft een actieplan gemaakt om zijn welbevinden te optimaliseren. Zijn denken verschoof van beperkingen en angsten naar mogelijkheden. Het zelfvertrouwen werd hiermee vergroot. Door meer verantwoordelijkheid te durven nemen groeide de regie over zijn leven en ook zijn hoop. Samen met hem is gezocht naar bij zijn krachten en behoeften passende dagbesteding. Na een oriëntatie bij een andere bw, waar ook een aantal medebewoners gingen wonen, heeft hij besloten om zelfstandig te gaan wonen. Hij kon de beïnvloeding van anderen loslaten en zag de sluiting van de bw als een kans om een vervolgstap in herstel te maken. Hij woont nu vier maanden zelfstandig en het gaat goed. Hij doet vrijwilligerswerk bij een verzorgingstehuis.

Bespreking

Rehabilitatie was in deze casus jarenlang opgevat als stabiel blijven, zonder vooruitzicht of ontwikkeling. De patiënt werd niet volgens rehabilitatie- en herstelprincipes begeleid. Hiermee is hij onderbehandeld en tekortgedaan in zijn herstelproces. Een gevolg hiervan is dat hij is gehospitaliseerd en bang werd om een vervolgstap te nemen. Patiënt verkiest een situatie van berusting en acceptatie boven een situatie van opkomen voor eigen rechten en keuzemogelijkheden. De sluiting van de bw is nu de aanzet dat hij zelfstandig gaat wonen. Wanneer er gewerkt was vanuit herstelondersteunende zorg had dit

mogelijk al veel eerder kunnen plaatsvinden. De processen van ambulantisering en herstel sluiten in de praktijk niet op elkaar aan.

Tekortkomingen in de zorg

Deze casus is niet uniek. Een groot deel van de cliënten in een bw brengt zijn tijd door met slapen, passiviteit en zelfzorgactiviteiten (De Heer-Wunderink, 2012). De zorg die langdurig zorgafhankelijke GGZ-patiënten krijgen is vooral gericht op bescherming en praktische zorg en nog erg weinig op ontplooiing. Relaties, sociale contacten, activiteiten, werk en zingeving zijn de domeinen waarop de zorg tekort schiet. (Smits et al., 2009). De zorg die wordt vormgegeven in een bw is nauwelijks inzichtelijk en er is geen onderzoek bekend naar de mate waarin deze zorg ook daadwerkelijk georiënteerd is op rehabilitatie en wat de effecten ervan zijn (GGZ Nederland, 2009). Personeel heeft moeite met deinstitutionalisering vanwege hun voorkeur voor een gestructureerde en gecontroleerde werkomgeving en zij hebben vaak een te eenzijdige medische achtergrond. Negatieve beeldvorming binnen en door de psychiatrie zelf blijkt soms de hardnekkigste belemmering voor de ontwikkeling van een patiënt (McDaid & Thorncroft, 2005; Amaddeo et al. 2007).

Rol van de vs

De vs kan juist op dit vlak een positionerende rol spelen in een bw en herstelondersteunende zorg uitdragen. De vs richt zich vanuit haar vakgebied op de beperkingen van het functioneren, de gevolgen van de ziekte en gaat uit van krachten en mogelijkheden. De vs maakt van daaruit de koppeling naar herstel op de verschillende levensgebieden zoals relaties, sociale contacten, activiteiten, werk en zingeving. De verpleegkundige classificaties op het gebied van diagnostiek, interventies en uitkomsten passen bij hersteltermen als hoop, eigen kracht, positief zelfbeeld, motivatie.

De vs is ook in staat om een analyse van de cultuur van een afdeling te maken en van daaruit een team aan te zetten tot verandering door coaching en deskundigheidsbevordering op het gebied van herstelondersteunende zorg. Een gestandaardiseerde herstelondersteunende methodiek die een verbinding legt tussen evidence-based behandelstrategieën en een herstelgeoriënteerde visie, is *Illness Management and Recovery (IMR)*. IMR is ontwikkeld om cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening te ondersteunen in het ontwikkelen van persoonlijke strategieën waarmee zij hun psychische klachten leren hanteren en toewerken naar het bereiken van persoonlijke doelen. IMR bevordert sociale participatie en zelfbepaling en ondersteunt persoonlijk herstel (Mueser et al., 2002, 2006).

Reflectie

Ambulantiseren en herstel gaan in deze casus niet gelijk op. Zowel de patiënt als het team zijn niet rehabilitatie- en herstelgericht. Door de druk vanuit de overheid moet de patiënt ineens volwaardig burger worden.

Het gedachtegoed van de rehabilitatie- en de herstelbenadering biedt een goede inhoudelijke basis voor de ambulantisering vanuit de GGZ. Krachtig in deze gevalsbeschrijving is dat de vs i.o. met een onafhankelijke en frisse blik deze casus kon bekijken. Dit was mogelijk omdat de vs i.o. als expert werd ingeroepen. Hierdoor vond er geen beïnvloeding plaats door de gehospitaliseerde cultuur. De uitvoerende rol in de behandeling is beperkt gebleven. De vs i.o. heeft als specialist een signalerende, adviserende en monitorende functie naar de behandelaar gehad.

Conclusie

Ambulantiseren en herstel gaan in theorie goed samen, maar in de praktijk nog niet.

Het is jammer dat de overheid hieraan bijdraagt. Wenselijker en passender is het de gewenste ontwikkeling te baseren op herstelgerichte zorg, zoals GGZ Nederland ambieert. Dat betekent een grote cultuuromslag voor de cliënt, het behandelteam en de organisatie. De patiënt gaat van passief naar actief. Het behandelteam gaat van medisch denken naar hersteldenken. De organisatie moet geen losse herstelonderdelen inzetten, maar een integrale herstelorganisatie worden. De vs kan hierin vanuit haar rollen als behandelaar, coach en onderzoeker een sleutelrol spelen. Op cliëntniveau is de vs als behandelaar de specialist in interventies gericht op de beperkingen in het functioneren, de gevolgen van ziekte en het herstellen daarvan. Op teamniveau kan zij medewerkers coachen in het herstelgericht denken en doen. Op organisatieniveau kan zij een functie vervullen als programmaspecialist in het Zorgprogramma Rehabilitatie en Herstel en mede zorg dragen dat herstel over alle lagen van de organisatie wordt uitgedragen.

Aanbevelingen

Het is aan te bevelen te onderzoeken in hoeverre een organisatie daadwerkelijk herstelgericht werkt en wat hierin verbeterd kan worden. Ook zou praktijkgericht onderzoek gedaan moeten worden naar het werken met herstelondersteunende zorg in een bw en de effecten

hiervan. Om de lange termijn effecten van ambulantiseren te meten zou longitudinaal onderzoek gedaan moeten worden naar hoe het patiënten is vergaan die de stap hebben gemaakt van BW naar BZW.

Nawoord

Graag wil ik een aantal personen bedanken die betrokken waren bij de totstandkoming van dit artikel. Dat zijn de cliënt die mij toestemming heeft gegeven om zijn behandelsituatie (geanonimiseerd) te gebruiken, Nynke Boonstra, mijn opleider, die mij bij de rode draad hield en ook ruimte gaf, Susan Konst, collega Verpleegkundig Specialist en Christian Klijs-Helsemans, medestudent, die bij hebben gedragen aan het expliciteren van de rol van de vs, en Siebette Wester, mijn zus, die de tekst geredigeerd heeft.

Literatuur

- Amaddeo, F., Becker, T., Fioritti, A., Burti, L., & Tansella, M. (2007). Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care. In M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, & G. Thornicroft (Eds.), *European observatory on health systems and policies series: mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care* (pp 280-307). Berkshire, England: McGraw-Hill/Open University Press.
- American Psychiatric Association (APA) (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Nederlandse vertaling. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- 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.
- Boevink, W, Kroon, H, & Giesen, F. (2009). *De Nederlandse Empowerment vragenlijst*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bulechek, M.G., Butcher, H.K., & McClosky Dochterman, J. (2010). *Verpleegkundige interventies*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Copeland, M. E. (1997). *Wellness Recovery Action Plan*. Dummerston, VT: Peach Press.
- Deegan, P.E. (1992). The Independent Living Movement and People with Psychiatric Disabilities: Taking Back Control over Our Own Lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), 3-18.
- Deegan, G. (2003). Discovering recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 368-376.
- Delespaul, P. & Consensuswerkgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.
- Fakhoury, W.K., Murray, A., Shepherd, G., & Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 301-15.
- Ggz Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen*. Geraadpleegd op 15 augustus 2013 via http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf
- Heer-Wunderink, C. de (2012). *Successful community living: a 'UTOPIA'? A survey of people with severe mental illness in Dutch Regional Institutes for Residential Care*. Proefschrift. Groningen: RGOc.
- Hoof, F. van, Knispel, A., Wijngaarden, B. van, & Kok, I. (2009). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- McDaid, D & Thornicroft, G. (2005). *Mental Health II: balancing institutional and community-based care*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Medeiros, H., McDaid, D., Knapp, M., & the MHEEN group (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: Personal Social Services Research Unit, Kings College.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, LM, & Swanson, E. (2011). *Verpleegkundige zorgresultaten*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S. et al. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.
- Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Clancy, R., Clancy, D.M., & Salyers, P. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 32-43.
- NANDA international (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and Classifications 2009-2011*. Oxford: Riley Blackwell.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). Nederlandse vertaling van de *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Staf-leu van Loghum.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2012). *Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg 2008-2012*. Geraadpleegd op 25 augustus 2013 via http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Geestelijke_Gezondheidszorg.pdf

- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., & Wykes, T. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5): 589-595.
- Place, C., Hulsbosch, L & Michon, H. (2012). *Factsheet Panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 15 september 2013 via <http://www.psychischgezien.nl/~media/Themasites/PsychischGezien/Downloads/AF1188%20Factsheet%20Panel%20Psychisch%20Gezien%202012.ashx>
- Mancini, A.D., & Finnerty, M.T. (2005). *Recovery Oriented Practices Index (ROPI)*. Unpublished manuscript, New York State Office of Mental Health.
- Smits, C., Kroon, H., Hoof, F., Blom, A., Cah, W., Caspers, E. et al. (2009). *Zorg en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit regionale zorgmonitors*. Publicatie Monitor Langdurige Zorg. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Trimbos-instituut (2012). *Tendrapportage GGZ*. Geraadpleegd op 3 augustus 2013 via <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers---beleid/af/~media/files/inkijkexemplaren/afi201%20trendrapportage%20ggz%202012%20deel%201%20-%20ambulantisering.ashx>
- Trimbos-instituut (2012). *Wegwijzer Ambulantisering: jaarverslag 2012*. Geraadpleegd op 16 juni 2013 via <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/psychische-gezondheid/af/~media/files/inkijkexemplaren/afi224%20jaarverslag%202012.ashx>
- Veldhuizen, J.R., van (2012). Minder bedden en betere zorg? Dat kan! *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, (1), 6-20.
- Voorjaarsnota 2012. Geraadpleegd op 15 september 2013 via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-enpublicaties/kamerstukken/2012/05/25/voorjaarsnota-2012.html>
- Wing, J.K., Beever, A.S. & Curtis, R.H., (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HONOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.

Samenvatting

Herstellen als leidende zorgvisie en ambulantisering als overheidsmaatregel zijn twee belangrijke ontwikkelingen in de huidige geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Beide streven integratie van patiënten in de maatschappij als volwaardig burger met bijbehorende rollen na, elk vanuit een ander leidend principe.

De gevalsbeschrijving illustreert deze processen in de praktijk. Geconcludeerd wordt dat ambulantisering en herstel in de praktijk niet gelijk oplopen. De zorg in de beschermde woonvormen (BW) is jaren onderbelicht gebleven en vergt in het licht van de huidige ontwikkelingen een grote cultuurverandering op het niveau van de patiënt, de medewerkers en de organisatie. Dat betekent ook een kans voor de verpleegkundig specialist (vs) om een positionerende rol op zich te nemen.

Trefwoorden Gevalsbeschrijving, Ambulantisering, Beschermde Woonvorm, Herstel