



  
*Zeeuwse*  
**Gronden**  
psychiatrie  
*thuis*  
in de samenleving

# *Het is tijd*

Visiedocument  
Raad van Bestuur

*Auteur:* Jan van Blarikom  
*publicatiedatum:* Voorjaar 2022



# Het is tijd

Visiedocument Raad van Bestuur Zeeuwse Gronden

Auteur: Jan van Blarikom

Voorjaar 2022

## Inleiding

Het is tijd... voor een nieuw Visiedocument vanuit het bestuur van Zeeuwse Gronden. Het vorige document dateert uit het jaar 2010, *De tijd die nodig is*. Daarin wordt uitvoerig beschreven hoe het concept van geïntegreerde zorg mogelijk wordt in de samenwerking tussen cliënt, behandelaar en familie, en hoe belangrijk de factor tijd is in het proces van herstel. Dat de cliënt, de familie én de behandelaren en begeleiders daar de tijd voor mogen nemen die nodig is.

Aan deze boodschap wil ik niets veranderen. De zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische ziekte vraagt nog altijd veel tijd, en je moet de tijd nemen om herstel een kans te geven. Ieder kortdurend initiatief in de langdurige zorg - iedere modewave die een paar jaar later is overgewaaid - kunnen we echt missen als kiespijn in de langdurige zorg en leidt ons helaas af van de echte zorg die nodig is.

Maar... de tijden zijn ook veranderd en nieuwe ontwikkelingen in de samenleving vragen ook hun aandacht. Psychiatrie maakt (gelukkig) deel uit van die samenleving.

Daarom een nieuw visiedocument, dat is opgebouwd als een drieluik:

- I) Tijd voor herstel
- II) Tijd voor kwaliteit
- III) Tijd voor veiligheid

Het belangrijkste dat we als Raad van Bestuur willen neerleggen, is dat deze drie niet los van elkaar te zien zijn. Herstel kan alleen plaatsvinden in een veilige omgeving met oog voor kwaliteit. Hierbij mogen we niet de menselijke maat uit het oog verliezen: waar we het allemaal voor doen. De mens die getroffen is door een ernstige psychiatrische ziekte, zijn kwetsbaarheid. Het leed dat dit bij de familie teweegbrengt. En de hoop op herstel.

## I) Tijd voor herstel

### Uitgangspunt

Aan tijd voor herstel kunnen we op twee manieren invulling geven. Ten eerste vraagt het herstel van een ernstige psychiatrische ziekte *tijd*. In ons eerdere visiedocument *De tijd die nodig is* (2010) zijn we hier uitgebreid op ingegaan. Detlef Petry en Marius Nuy (1997) hebben baanbrekend werk in Nederland verricht als het gaat om het plaatsen van het herstelproces in de tijd. Verder is het werk van Harding, Zubin en Strauss te noemen (1987) als het gaat om langdurig onderzoek naar het verloop van schizofrenie. En diverse wereldwijde studies die destijds in opdracht van de WHO zijn uitgevoerd; een boeiend verslag daarvan is terug te vinden in *Recovery from Schizophrenia* onder redactie van Hopper et al. (2007). De belangrijkste conclusie uit al deze onderzoeken is: herstel van schizofrenie is mogelijk en tijd speelt hierbij een voorname rol. Herstelprocessen kunnen zich over 10, 20, 30 jaar uitstrekken.

Het tweede aspect van tijd voor herstel treedt naar voren met de vraag: *wanneer* is het tijd voor herstel. Het antwoord kan niet duidelijk genoeg zijn: nu. Het is altijd tijd voor herstel. Davidson, Rakfeldt en Strauss (2010) bespreken dit in een inspirerend werk: *The roots of the recovery movement in psychiatry*. Mensen moeten niet eerst van klachten af, op een bepaald niveau functioneren of een zekere mate van 'ziekte-inzicht' hebben, vóórdat ze aan herstel toe zijn. Het beschikken over de mogelijkheid een betekenisvol leven te leiden is een fundamenteel recht. Het is een burgerrecht dat je niet 'toegestaan' wordt, maar waarmee je wordt geboren.

### Wat is herstel?

Zo zijn we midden in het debat rond herstel gekomen, zonder precies gedefinieerd te hebben wat we met herstel bedoelen. Herstel is typisch een begrip waarvan je de essentie kan missen door het te willen definiëren. Het laat zich niet in een aantal vakjes wegzetten. Het is een diep fundamenteel proces dat ieder mens leert kennen in zijn eigen leven. Ieder mens heeft immers te maken met ziekte, verlies en afscheid.

In de generieke module *Herstelondersteuning* (2017) worden de verschillende betekenissen van herstel nader uitgewerkt. Anthony (1993/1994) wordt aangehaald, waarbij herstel (*recovery*) wordt omschreven als:

A deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles.

Hieraan wordt toegevoegd dat het de zoektocht is naar een zinvol leven wanneer een persoon getroffen is door een ernstige psychiatrische ziekte.

Belangrijk is dat Anthony benadrukt dat herstel iets is wat mensen zelf doen. Behandeling, casemanagement, rehabilitatie, daar houden zorgprofessionals zich mee bezig om *herstel mogelijk te maken*. Herstel kan optreden zonder professionele interventies. Het is belangrijk dat mensen activiteiten opzoeken buiten de ggz, zoals onderwijs, de kerk, deelname aan sportactiviteiten (hoe lastig het vaak ook is hier aansluiting te vinden).

Verder is het belangrijk familieleden, naasten, rond je te hebben die in jouw herstel geloven, ook op de momenten wanneer je zelf alle hoop hebt opgegeven. Op de rol van de familie komen we nog terug.

Leamy et al. (2011) hebben gemeenschappelijke factoren in het herstelproces van bijna 100 mensen in een kader geplaatst. Zich verbonden voelen met anderen, ook met mensen die soortgelijke ervaringen hebben doorgemaakt. Hoop, wat concreet inhoudt: grenzen durven te verleggen, weer perspectief zien. Identiteit: jezelf opnieuw leren kennen, wederom als een unieke persoon uit de ziekte naar voren komen. Betekenisgeving van de ziekte in je leven. En wederom grip op je eigen leven, wat samenhangt met empowerment.

Het grenzen durven te verleggen, het niet vanzelfsprekend accepteren van (zelfopgelegde) beperkingen, hangt samen met wat Deegan (1988) – zie ook *Generieke module Herstelondersteuning* (2017) – *the dignity of risk* noemt. Ook mensen met ernstige beperkingen hebben het recht om risico te nemen. Niet altijd zal alles lukken. Maar zonder het nemen van een risico kun je ook geen grenzen verleggen. Voor het herstelproces is moed nodig, stelt Deegan.

Dröes en Plooy (2010) – zie ook Wiersma et al. (2015) – zien het herstel langs drie dimensies verlopen: herstel van gezondheid, herstel van maatschappelijk functioneren en herstel van de persoonlijke, psychologische identiteit. Deze drie vormen van herstel staan niet los van elkaar, maar beïnvloeden elkaar voortdurend. Psychisch en lichamelijk herstel bevorderen maatschappelijk herstel, maar omgekeerd kan werk of een zinvolle dagbesteding een bijdrage leveren aan lichamelijk en geestelijk herstel.

We onderscheiden daarbij vier fasen van herstel, te weten:

1. overweldigd zijn door de aandoening (ontreddering/verwarring)
2. worstelen met de aandoening (zoektocht naar houvast en zichzelf)
3. leven met de aandoening (leren accepteren en omgaan met)
4. voorbij de aandoening (nieuwe doelen stellen, verbondenheid en zin herontdekken)

Langs deze lijnen zullen we de visie op herstel verder uitwerken.

### **Het behandelplan als concrete uitwerking van de visie op herstel**

In het behandelplan (versie april 2022, Roozen & Otte) vinden we de visie van de (regie)behandelaar, van de cliënt én de naaste als drie gelijkwaardige uitgangspunten voor de behandeling terug. Essentieel voor de behandeling in de psychiatrie is dat er aansluiting wordt gevonden op het beeld dat de cliënt zich vormt van het probleem. De patiënt kan zich op de huid gezeten voelen door een veiligheidsdienst of een vijandige buurman. De problematiek geformuleerd vanuit de behandelaar (last van achtervolgingswanen) sluit nauwelijks aan op het beeld van de patiënt en zal de behandeling niet ten goede komen.

Familie benoemt vaak het ontbreken van adequate zorg omdat de cliënt mindere aspecten van het functioneren verborgen houdt (bijvoorbeeld verwaarloosd huishouden, gebrekkige zelfzorg). De familie of de naaste wordt wel met deze problematiek geconfronteerd. Of de cliënt onttrekt zich aan de behandeling, maar er wordt wel weer beroep gedaan op de familie als de problemen volledig uit de hand zijn gelopen.

Samenwerking, in een triade, is noodzakelijk bij de behandeling van mensen met ernstige psychiatrische problematiek. Dit wordt concreet op verschillende niveaus beschreven in de *Generieke module Naasten* (2021). De verschillende gezichtspunten hoeven niet overeen te komen. Het is vooral belangrijk dat ze op een pragmatische wijze leiden tot het formuleren van een aantal doelen waar cliënt, familie en (regie)behandelaar zich gezamenlijk in weten te vinden. Dit wordt bevestigd door een gezamenlijke ondertekening van het behandelplan.

De doelen van het behandelplan worden opgesteld volgens de eerder genoemde lijnen: herstel van gezondheid, herstel van maatschappelijk functioneren en herstel van persoonlijk functioneren.

### **Psychisch en lichamelijk herstel**

De mens vormt een eenheid. Lichaam en geest zijn niet van elkaar te scheiden. Feitelijk gaat het om een en hetzelfde – en zijn lichaam, geest en ‘psyche’ niet meer dan woorden die de mens vanuit verschillende invalshoeken benaderen. Toch is het zinvol om niet alleen over een herstel van de psychiatrische symptomen te spreken, maar ook over lichamelijk herstel, omdat lichamelijke gezondheid nog te veel buiten beeld blijft in de geestelijke gezondheidszorg.

De gemiddelde levensverwachting van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening is 20 jaar minder dan gemiddeld. 85% van de patiënten overlijdt aan een natuurlijke dood. Oorzaak van het overlijden zijn vooral (chronische) lichamelijke aandoeningen als hart- en vaatziekten, longziekten, infecties, diabetes, hoge bloeddruk en kanker. Het sterftecijfer bij ernstige psychiatrische aandoeningen is 2 tot 3 keer hoger dan bij de algemene bevolking (Cahn, Deenik, Vermeulen, 2022).

Cahn et al. pleiten dan ook voor een bespreking van de somatische problemen, zowel met patiënt als familie. Een somatische screening en een somatisch beleid opgenomen in het behandelplan. Afstemming met de huisarts en overleg met de specialist zijn van wezenlijk belang.

Binnen Zeeuwse Gronden is er een ruim aanbod aan interventies, gericht op leefstijl en verbetering van de somatische gezondheid: equithérapie, wandel- en hardloopgroepen, kajakken. Actieve dagbesteding in de natuur.

Voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening geldt dat een behandeling wordt gegeven op basis van de richtlijnen zoals deze zijn ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijnen bestaan voor alle ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals schizofrenie, bipolaire stoornis en (ernstige) depressie. De behandeling omvat veel meer dan het voorschrijven van psychofarmaca, hoewel dit een essentieel onderdeel vormt van de behandeling (tenzij er gemotiveerd van wordt afgeweken). Maar ook psychologische behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie en traumabehandeling (zoals EMDR), zijn dikwijls aangewezen behandelvormen. Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening hebben vaker dan gemiddeld last van traumatische ervaringen.

Uitgebreide beschrijving van behandel mogelijkheden passend bij cliënt en familie zijn ook terug te vinden in de *Zorgstandaard psychose* (2017) en de *Zorgstandaard bipolaire stoornis* (2017). Verder zijn er diverse geactualiseerde handboeken waaronder *Handboek depressieve stoornissen* (Schene et al., 2022), *Handboek bipolaire stoornissen* (Kupka et al., 2021) en *Handboek schizofreniespectrumstoornissen* (Cahn et al., 2019).

De behandeling richt zich op symptomatisch herstel of symptomatische remissie. Het past bij de doelgroep om de doelstelling op dit gebied bescheiden te houden, hoewel de behandeling ambitieus mag blijven. Een criterium voor symptomatische remissie is, via het meetinstrument HoNOS, dat item 6 t/m 8 (psychose, depressie, angst/fobie) allen onder de 2 scoren (Wiersma et al., 2015).

Van belang is naast het specifiek symptomatisch (en somatisch) herstel doelen te stellen op het gebied van het persoonlijk en het maatschappelijk herstel.

### **Persoonlijk en maatschappelijk herstel**

Bij doelen rond maatschappelijk herstel kunnen we als uitgangspunt nemen: activiteiten die weer zo zelfstandig mogelijk kunnen worden opgepakt, denk aan werken (dagbesteding), onderwijs, deelname aan sociale activiteiten, wonen, huishouden, kortom: een zo zelfstandig mogelijk leven leiden. Voor de doelgroep mensen met een ernstige psychiatrische aandoening – en dan nog in het bijzonder de mensen die aanspraak doen op Beschermd Wonen – kunnen we de lat niet te hoog leggen. Een ambitieuze doelstelling is dan bijvoorbeeld al: gemiddeld drie dagdelen dagbesteding in de week. Sociale activiteiten *buiten* de kring van lotgenoten of familie is vaak al een brug te ver.

Maar zoals eerder beschreven mogen we ook op dit gebied ambitieus zijn en de cliënt aanmoedigen hier of daar zijn grenzen te verleggen. Het is de voortdurende dynamiek (dialectiek) van deze doelgroep. Voldoende ondersteuning bieden en werken aan acceptatie van de beperkingen, maar ook de cliënt aanmoedigen op een terrein een stap verder te gaan. Dus wel de aansluiting bij een sportclub te zoeken. Of wel zelfstandig te reizen. Maar ook proberen stappen te maken naar opleiding en betaald werk mogen niet uit het vizier verdwijnen.

Bij persoonlijk herstel kunnen we in de eerste plaats denken aan hoe de cliënt in staat is, na de enorme catastrofe die het getroffen worden door een ernstige psychiatrische veroorzaakt heeft, zijn leven weer op te pakken. Zoals Davidson et al. (2012) beschrijven (zie ook Wiersma, 2015):

Learning to live better in the face of mental illness.

Welke (persoonlijke) processen verhinderen dat herstel en welke (persoonlijke) processen stimuleren het herstel? Schaamte en schuldgevoel kunnen herstel in de weg staan. Dat geldt ook voor stigma, opgelegd door de omgeving/maatschappij, soms door de hulpverlening en soms door de persoon zelf (zelfstigma). Belangrijk is dat de cliënt tot een acceptatie van zijn ziekte komt, maar ook over zijn beperkingen heen durft te kijken. Heel belangrijk is te beseffen dat persoonlijk herstel een proces van de cliënt zelf is. Dat hij of zij zelf weer het gevoel ontwikkelt 'ertoe te doen', empowerment. En dat door zelf te beslissen en verantwoordelijkheid te nemen, je weer op een andere manier in het leven komt te staan, weer grip op je eigen leven krijgt.

Diverse interventies kunnen bijdragen aan het persoonlijk herstel. Binnen Zeeuwse Gronden vormt ervaringsdeskundigheid een belangrijk thema (*Beleidsnotitie platform ervaringsdeskundigheid*, 2021). Er bestaat de mogelijkheid tot het volgen van een driejarige opleiding begeleider/ervaringsdeskundige niveau 4, met de garantie op werk als de opleiding succesvol is afgerond. De mensen die deze opleiding doorlopen, vormen weer een stimulans voor andere cliënten om deze uitdaging aan te gaan. Tevens blijken de ervaringsdeskundigen in de praktijk juist

de expertise met zich mee te brengen om cliënten in hun eigen herstelproces te stimuleren en te ondersteunen. Verder is er een voor ieder toegankelijke cursus 'Herstellen doe jezelf'.

Binnen Zeeuwse Gronden is er een breed aanbod aan (dagbestedings)activiteiten. We gaan ervan uit dat wanneer een cliënt aansluiting bij een activiteit vindt, waarbij hij of zij weer iets kan betekenen, dit het herstelproces bevordert.

De natuur wordt ook bewust als 'therapeutische factor', als facilitator van herstel ingezet. De natuur die zelf ieder jaar in een cyclus laat zien hoe herstel werkt, bevordert letterlijk het herstel (ook het lichamelijk herstel) van de mens.

Bijzonder hierin is de inzet van paarden bij het therapeutisch werk. Inzet van dieren bevordert op een non-verbale wijze het herstelproces. Daarnaast is het op een natuurlijke wijze werken met paarden een letterlijke metafoor voor herstel. De basis van de equithérapie is: geduld, vertrouwen, stap voor stap een kleine vooruitgang opmerken en daar genoeg mee nemen voor je weer verder gaat. Dit kan iedere cliënt (iedere mens) vertalen naar zijn eigen herstelproces.



## II) Tijd voor kwaliteit

Zeeuwse Gronden is ontstaan vanuit een samenwerking tussen familieleden (Ypsilon) en professionele hulpverleners. De volgende missie is leidend:

*Zeeuwse Gronden beoogt geïntegreerde zorg te bieden aan mensen met een langdurige psychiatrische aandoening. Geïntegreerde zorg houdt in dat cliënten ondersteuning wordt geboden op alle domeinen van hun leven waar zij een zorgvraag hebben die daarmee samenhangt. Bijzondere aandacht is er voor de eenheid van zorg. Behandeling van de psychiatrische aandoening, begeleiding, wonen en het aanbieden van dagactiviteiten zijn niet van elkaar te scheiden. Goede zorg op het ene domein werpt zijn vruchten af op de andere domeinen. Daarbij speelt de participatie in sociale en culturele activiteiten een belangrijke rol en worden waar mogelijk de familie en het sociale netwerk betrokken bij de zorg.*

In dit tweede gedeelte van het visiedocument beschrijven we hoe de kwaliteit van geïntegreerde zorg gegarandeerd kan worden, zowel op het niveau van de cliënt en de familie als op organisatorisch niveau. Uitgangspunt van de behandeling is de samenwerking tussen de cliënt en de familie, de regiebehandelaar en de medebehandelaar(s) (*Model kwaliteitsstatuut GGZ, 2020*). Deze inbreng wordt vastgelegd in het behandelplan.

Binnen Zeeuwse Gronden wordt zowel behandeling geboden in het kader van de gespecialiseerde ggz als de generalistische basis-ggz. In de gespecialiseerde ggz is de psychiater als regiebehandelaar aangewezen en in de basis-ggz is dat de Gz-psycholoog. De regiebehandelaar is samen met de (mede)behandelaar c.q. dossierhouder het eerste aanspreekpunt voor cliënt en familie. De regiebehandelaar moet in alle gevallen het overzicht over de behandeling houden, een belangrijke inbreng hebben en voortdurend door de (mede)behandelaar op de hoogte gehouden worden van ontwikkelingen, afwijkingen en risico's in het behandelproces.

De familie/naasten worden zoveel mogelijk betrokken bij het behandelings- en begeleidingsproces, in ieder geval bij (*Generieke module naasten, 2021*):

- 1) De intake en het opstellen van het behandelplan én het crisissignaleringsplan (Nb. dit is het moment waarop samenwerkingsafspraken in het dossier worden vastgelegd);
- 2) Jaarlijkse evaluatie van het behandelplan, afsluiting van de behandeling of belangrijke veranderingen in de behandeling;
- 3) Crisissituaties en suïcidaliteit.

De kwaliteit van het zorgproces wordt bewaakt en verbeterd door de kwaliteitscirkel van Deming (2018) die we als volgt kunnen beschrijven in een PDCA-cyclus:

**Plan:** stel een plan voor verbetering op

**Do:** voer het plan uit

**Check:** evalueer het resultaat van de verbetering (of het uitblijven daarvan)

**Act:** stel aan de hand van de evaluatie van de resultaten een nieuw plan op

Binnen Zeeuwse Gronden wordt deze cyclus concreet beschreven binnen de PDCA behandelplancyclus (Roozen, Otte, 2022).

### **PDCA behandelplancyclus**

De PDCA behandelplancyclus wordt multidisciplinair uitgevoerd: naast de regiebehandelaar zijn minstens twee andere disciplines bij de cyclus betrokken.

- Plan: een behandelplan én crisissignaleringsplan worden opgesteld door regiebehandelaar en medebehandelaar met zoveel mogelijk betrokkenheid van cliënt en naaste. Wanneer er sprake is van (woon)begeleiding en dagbesteding, worden als afgeleide van de doelen vanuit het behandelplan ook een woonbegeleidingsplan en een dagbestedingsplan opgesteld.

- Do: de plannen worden uitgevoerd en zo nodig aangevuld en bijgesteld, in overleg met cliënt en naaste, onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar.

- Check: na een jaar vindt een evaluatie plaats van het behandelplan én het crisissignaleringsplan. (Evaluatie vindt eerder plaats als besloten wordt tot beëindiging van de behandeling.) De evaluatie vindt plaats in multidisciplinair verband met alle betrokkenen:

Cliënt

Naasten

Regiebehandelaar, medebehandelaar

(eventueel aangevuld met)

Woonbegeleiding

Dagbestedingsbegeleiding

- Act: een aangepast behandelplan én crisissignaleringsplan worden opgesteld door regiebehandelaar en medebehandelaar in overleg met cliënt en naaste. Indien van toepassing worden ook een aangepast woonbegeleidingsplan en dagbestedingsplan opgesteld.

Deze jaarlijkse cyclus van het opstellen van doelen, uitvoeren, evalueren en aanpassen moet ervoor zorgen dat de kwaliteit van de behandeling voortdurend bewaakt én verbeterd wordt.

Binnen een woonlocatie is er altijd sprake van een begeleidingsplan (wonen) én dagbesteding. Op een woonlocatie vindt er een jaarlijkse evaluatie plaats van:

Behandelplan

Crisissignaleringsplan

Begeleidingsplan

Dagbestedingsplan

Daarbij aanwezig zijn:

Cliënt (bewoner)

Familie/naasten

Senior en een of meerdere begeleiders

Regiebehandelaar en medebehandelaar(s)

## **Inbreng van de familie / naaste**

De betrokkenheid van de naasten is essentieel bij de zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische ziekte (Cahn, 2017). Dit inzicht leidde tot het ontstaan van Zeeuwse Gronden. Het samenwerken met familie krijgt op twee manieren vorm. Enerzijds is er het triadisch werken en anderzijds is er de ondersteuning vanuit de familie en de naasten zelf (*Generieke module naasten*, 2022).

De familie kent de cliënt als geen ander. Ze leggen ook een veel langere weg af met de cliënt. Een cliënt in de langdurige zorg ontmoet in zijn leven met gemak een paar honderd hulpverleners. Daarentegen heb je maar één vader en moeder, en wellicht een paar broers of zussen.

Het is belangrijk afspraken te maken (de Triadekaart is daarbij een belangrijk hulpmiddel) over wie wat doet. Welke vorm van ondersteuning wil familie bieden, wat wordt door de begeleider gedaan? Het streven binnen Zeeuwse Gronden is de familie zoveel mogelijk de rol van familie te laten vervullen (vader, moeder, partner, broer of zus) en specifieke behandel- en begeleidingstaken bij de zorgprofessional te laten, zodat familie ook echt weer familie kan zijn.

Echter, omdat de familie de cliënt goed kent is de betrokkenheid van de familie bij de intake, het opstellen van crisisplan en behandelplan van grote waarde. Vaak zien zij als eerste aankomen, door het opmerken van bepaalde signalen, dat het niet goed gaat met de cliënt. Ook kunnen zij zorgbehoeften van een cliënt benoemen waar de cliënt zelf zich voor schaamt, bijvoorbeeld op het gebied van zelfzorg.

Familie kan ook vertellen wat voor persoon iemand geweest is voor zijn of haar ziekte. Dat geeft dikwijls een compleet ander beeld van de persoon, dan dat we van iemand hebben na een jarenlange 'carrière' in de psychiatrie. Het zijn aspecten die kunnen bijdragen aan het herstelproces.

Familie heeft zelf ook ondersteuning nodig. In directe vorm kunnen vertellen over de geschiedenis van hun familielid. Advies krijgen in de omgang met hun familielid. Lotgenotencontact wordt op prijs gesteld. Ook specifiek lotgenotencontact: tussen ouders, maar ook tussen broers en zussen van cliënten met een ernstige psychiatrische ziekte.

Er is veel behoefte aan psycho-educatie, zowel in het algemeen als bij specifieke diagnoses: schizofrenie, borderline, stemmingsstoornissen en autisme. En aan verdiepende cursussen rond het samenwerken tussen familie en hulpverleners, zoals 'Familie als bondgenoot'.

Binnen Zeeuwse Gronden wordt een aanbod gefaciliteerd op het gebied van familieontmoetingsdagen en lotgenotencontact. Er zijn cursussen rond positieve psychologie en eigen weerbaarheid. Er worden algemene en specifieke cursussen psycho-educatie gegeven.

De familieraad heeft intensief contact met de Raad van Bestuur en stemt het beleid af met de cliëntenraad en de ondernemingsraad. Iedere twee jaar wordt een familie-enquête afgenomen die wordt teruggekoppeld naar de Raad van Bestuur en telkens in de jaarlijkse beleidsdag terugkomt voor het vaststellen van verbeteracties.

## **Kwaliteit op organisatieniveau**

De kracht van Zeeuwse Gronden is de gedeelde visie op geïntegreerde zorg en de kleinschalige wijze, de 'couleur locale', waarop de zorg wordt vormgegeven. De kunst is de samenhang binnen de organisatie te behouden.

Iedere 'zorgeenheid' - het kan hier om een woonlocatie, een dagbestedingslocatie of een behandelteam (FACT) gaan - wordt aangestuurd door een senior. Iedere senior vult met zijn team de missie van Zeeuwse Gronden in, aangepast aan de specifieke omstandigheden, de aard van de locatie en de wensen van cliënten en familie.

Minstens een keer per jaar is er een overleg met cliënten en familie en vindt er een *jaarevaluatie* plaats. De jaarevaluatie wordt op iedere locatie gehouden met medewerkers, cliënten en familie, regiebehandelaar, medebehandelaar, met vertegenwoordiging van cliënten-, ondernemings- en familieraad en in aanwezigheid van de Raad van Bestuur, zo mogelijk aangevuld met de Raad van Toezicht. Ook andere betrokkenen zijn welkom, zoals buurtbewoners.

Tijdens de jaarevaluatie wordt een inhoudelijke impressie gegeven van het afgelopen jaar: familie, medewerkers en cliënten vertellen en laten foto- en filmreportages zien. Daarnaast wordt er geëvalueerd op een aantal kwaliteitsindicatoren: MANSA, HoNOS, MIC-meldingen, tevredenheid familie en medewerkers, ziekteverzuim (medewerkers), behandelingen en dagbesteding.

Aan de jaarevaluatie ligt een PDCA-cyclus ten grondslag. Er wordt een jaarplan opgesteld naar aanleiding van de evaluatie, met inbreng van medewerkers, cliënten en familie en het organisatiebrede jaarplan. Concrete doelstellingen worden geformuleerd. Bijvoorbeeld rond MIC-meldingen of ziekteverzuim. Het beleid wordt onder leiding van de senior gedurende het jaar tot uitvoer gebracht. Er komt een analyse van de resultaten tot stand, wat leidt tot een evaluatie en een nieuw jaarplan.

De jaarevaluaties worden besproken in de maandelijkse overleggen van de senioren. Op deze wijze kunnen senioren leren van elkaars praktijken. Over de locatie-evaluaties heen volgt een 'meta-jaarevaluatie', opgesteld aan de hand van de afzonderlijke evaluaties die gepresenteerd worden aan en geëvalueerd worden met de Raad van Bestuur. De kwaliteitsindicatoren (MANSA, HoNOS, ziekteverzuim en meer) keren hierin op organisatieniveau terug. Deze meta-evaluatie schetst een algemeen beeld, met oog voor 'best practices' binnen Zeeuwse Gronden en aandachtspunten.

De meta-analyse wordt besproken in een jaarlijks overleg tussen geneesheer-directeur, Raad van Toezicht en Raad van Bestuur. De evaluatie van de analyse vormt de input voor het organisatiebrede jaarplan, waarvan de locatiejaarplannen de afgeleiden zijn, waarmee de cirkel rond is.

## **De geneesheer-directeur**

De geneesheer-directeur binnen de organisatie is een beschreven formele positie (*Standaard geneesheer-directeur*, 2018). De geneesheer-directeur is een psychiater, bevoegd tot het nemen van beslissingen ten aanzien van de verplichte zorg, het geven van aanwijzingen aan professionals en het adviseren van de Raad van Bestuur. De geneesheer-directeur is bevoegd tot het signaleren van tekortkomingen in de kwaliteit van zorg bij de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. Er is vier maal per jaar formeel overleg tussen geneesheer-directeur en Raad van Bestuur. En minstens eenmaal per jaar tussen geneesheer-directeur, Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. De geneesheer-directeur wordt benoemd door de Raad van Toezicht en legt jaarlijks verantwoording af.

## Verplichte zorg

Bij mensen met een ernstige psychiatrische ziekte is er vaak geen besef rond het bestaan van de ziekte of hoe mensen door specifieke symptomen in hun functioneren worden belemmerd. Dat geldt met name voor mensen met schizofrenie, ongeveer 60% heeft een matig tot zeer ernstig aangetast besef van hun ziekte (Xamador & Kronengold, 2004). Dit is de belangrijkste oorzaak voor het vermijden of weigeren van zorg. Ook als ze achteruitgaan en een gevaar voor zichzelf en anderen gaan vormen, breekt het besef niet door. Steeds weer komen we schrijnende voorbeelden tegen van mensen die door gebrek aan ziekte-inzicht in een situatie van verregaande verwaarlozing komen.

Wanneer de mogelijkheden van vrijwillige zorg uitgeput zijn, dient er opgeschaald te worden naar assertieve zorg om deze mensen niet aan hun lot over te laten. De hulpverleners stellen zich zo beschikbaar mogelijk op voor de cliënt. Ze voegen zich in zijn belevingswereld. Soms moet er via een omweg hulp gevonden worden (bij administratie of het zoeken naar een geschikte woonomgeving).

Wanneer deze vorm van motiverende en aanwezige assertieve zorg nog niet voldoende is om een ingang te vinden en de aanwezige nadelen af te wenden, kan verder opgeschaald worden naar het uitoefenen van gepaste drang, om hiermee verplichte zorg te voorkomen. Drang brengt een inperking van de autonomie met zich mee, de patiënt heeft geen volledige keuzevrijheid meer (*Generieke Module Assertieve en verplichte zorg*, 2021). Binnen Zeeuwse Gronden wordt dit op de woonlocatie toegepast door te stellen dat de patiënt verplicht is de medicatie te gebruiken zoals besproken met de psychiater. Het uitgangspunt is dat inperking van de autonomie op het ene terrein (verplicht afspraken nakomen) leidt tot het vergroten of behoud van autonomie op een ander terrein (zo zelfstandig mogelijk kunnen wonen).

Als drang niet meer verantwoord of effectief is in het voorkomen van ernstig nadeel kan eventueel verplichte zorg ingezet worden als uiterste middel (ultimum remedium). Het kader wordt aangegeven door de *Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg*, ingegaan op 1 januari 2020. Zowel bij assertieve zorg als verplichte zorg blijft het (zoeken naar) samenwerken essentieel (*Generieke module Assertieve en verplichte zorg*, 2021). Op dat punt is er nog een hoop werk aan de winkel. De helft van de patiënten kijkt negatief terug op een gedwongen opname (Katsakou & Priebe, 2006).

Vrijwillige zorg is het uitgangspunt bij Zeeuwse Gronden, verplichte zorg is het uiterste redmiddel (Otte, 2022). Verdere uitgangspunten zijn proportionaliteit (maatregel staat in redelijke verhouding tot doel), subsidiariteit (kiezen voor de minst zware maatregel), doelmatigheid en veiligheid. Belangrijk is ook het *wederkerigheidsbeginsel*:

“Tegenover de legitimatie om een vergaande inbreuk te plegen op de fundamentele vrijheden van de cliënt staat een inspanningsverlichting om kwalitatief goede zorg te bieden.” (Otte, 2022)

Assertieve en verplichte zorg hebben belangrijke implicaties op het gebied van herstel en veiligheid.

Familie en naasten zijn bij alle fases van de behandeling betrokken, dat geldt ook voor de assertieve en de verplichte zorg. Familie kan een rol spelen bij het voorkomen van verplichte zorg, doordat zij soms nog een ingang weten te vinden bij de patiënt als de rol van de professionals uitgespeeld is. Belangrijk is dat de familie betrokken wordt bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van de verplichte zorg. Zoals ook bij de andere fases van zorg geldt: vaak kent familie de patiënt het beste, ze hebben al een hele weg afgelegd met de patiënt – en in tijden van (ernstige) nood wordt toch weer een beroep gedaan op de familie. Dat geldt in het gewone leven en dus ook in het leven van een mens met een ernstige psychiatrische ziekte.

### III) Tijd voor veiligheid

Herstel is een kwetsbaar proces. Het is een persoonlijk proces, dat zich echter voltrekt in een context van familie, naasten en hulpverleners. Herstel wordt bevorderd door een veilige organisatie. Een organisatie die veilig is voor cliënten, familie, naasten en medewerkers.

In dit derde deel van het drieluik *Het is tijd*, zetten we de visie uiteen van Zeeuwse Gronden op het gebied van veiligheid. In het bijzonder vragen we aandacht voor:

- Een veilige zorgrelatie
- Agressie op de werkvloer
- Risico op suïcide

#### Een veilige zorgrelatie

Grensoverschrijdend gedrag van hulpverlener richting cliënt heeft een desastreuze invloed op de vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverlener (en in het verlengde: op alle hulpverleners) en daarmee op het proces van herstel. De laatste jaren is seksueel grensoverschrijdend gedrag bijzonder actueel. Vermoedelijk niet omdat het meer voorkomt, maar omdat het meer aandacht krijgt. Slachtoffers treden vaker naar buiten. En de normen voor wat bedoeld wordt met seksueel grensoverschrijdend gedrag worden steeds helderder en scherper omschreven. In een recent schrijven vraagt de IGJ nog eens nadrukkelijk aandacht voor seksueel grensoverschrijdend gedrag (IGJ, 2022).

Opgemerkt wordt dat de nadruk in de zorg nu nog vooral ligt op het beheersen en handelen nádat er iets is gebeurd. De negatieve aandacht rond dit onderwerp kan het effect hebben dat het taboe om te spreken over positieve, verliefde en seksuele gevoelens naar de cliënt alleen maar groter wordt. Bewustzijn en openheid over het onderwerp zijn van belang. Juist in het voorkomen van seksueel overschrijdend gedrag. Volstrekt duidelijk is: *Het mag niet, het mag nooit* (IGJ, 2016). Maar met die stellingname voorkom je het niet. Het aantal meldingen blijft de jaren constant (IGJ, 2022). Met de aantekening dat het aantal meldingen lager zal liggen dan het feitelijk aantal grensoverschrijdingen.

Gepleit wordt voor het bespreekbaar maken van selectief positief en verliefd gedrag jegens een cliënt. Het gaat om een glijdende schaal. Van het accepteren van een vriendschapsverzoek op sociale media tot een berichtje buiten werktijd of alles in orde is. Het is belangrijk dat hierover in teamverband gesproken kan worden. Zeeuwse Gronden heeft op dit onderwerp een brede bijscholing ingezet met onder andere nabootsen en bespreken van diverse situaties.

Een veilige zorgrelatie vraagt om een omvattende aanpak binnen de gehele organisatie. Speciaal voor dit doel en gericht op de langdurige zorg is *De leidraad veilige zorgrelatie* ontwikkeld (VWS, 2019).

De organisatie dient duidelijk gedragscodes op te stellen als het gaat om:

- Seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen medewerker en cliënt (zie *Protocol seksueel grensoverschrijdend gedrag*, 2021), waarin door middel van een stappenplan is beschreven wat je als

medewerker (of als collega) en als organisatie in een dergelijk geval dient te doen. In dit protocol wordt ook verwezen naar de *Richtlijn sociale media en berichtenverkeer* (2021), omdat grensoverschrijdend gedrag zich tegenwoordig lang niet altijd (alleen) in de 'echte' wereld afspeelt.

- Ongewenst seksueel gedrag tussen cliënten onderling. Op dit gebied moeten (in overleg met de cliëntenraad) een protocol en een gedragscode worden ontwikkeld.

- Ongewenste intimiteit tussen medewerkers onderling. Hiervoor is het *Protocol ongewenste intimiteit op de werkvloer* (2021) opgesteld, met daarin een belangrijke rol voor de medewerkersvertrouwenspersoon. Daarnaast is er de *Gedragscode medewerkers* (2018) die gebaseerd is op de vier basisprincipes verantwoordelijkheid, integriteit, respect en deskundigheid.

In het verlengde van een veilige zorgrelatie ligt het risico op huiselijk geweld. Ieder jaar worden bijna 500.000 mensen in Nederland slachtoffer van geweld in huis (IGJ, 2018). Dat betekent meer dan 1100 mensen in Zeeland. Ook daar geldt dat het bewustzijn van het aanwezig zijn van geweld in de huiselijke situatie nog vergroot kan worden. Verder is een systematische uitvraag noodzakelijk. Bij Zeeuwse Gronden is huiselijk geweld opgenomen als vast item in het behandelplan. In 2016 is de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* opgesteld, gebaseerd op de meldcode van de Rijksoverheid en toegespitst op de Zeeuwse Gronden-specifieke situatie. De *kindcheck* is hier een onderdeel van.

Bij het ontwikkelen van beleid worden cliëntenraad, familiairraad en ondernemingsraad betrokken.

Niet alleen medewerkers moeten zich bewust zijn van de thematiek rond een veilige zorgrelatie, dat geldt ook voor de vrijwilligers. Zij hebben over het algemeen geen specifieke scholingsachtergrond rond de bejegening van de cliënten, maar kunnen wel degelijk in een lastige situatie met een cliënt verzeild raken. In het *Vrijwilligersbeleid Zeeuwse Gronden* (2019) is opgenomen dat vrijwilligers net als medewerkers op de hoogte worden gebracht van de procedures en richtlijnen met betrekking tot bejegening, grensoverschrijdend gedrag en calamiteiten. Daarnaast kunnen ook zij een beroep doen op de medewerkersvertrouwenspersoon. Rond deze onderwerpen zullen we voor vrijwilligers tevens een scholing organiseren.

### **Agressie op de werkvloer**

Agressie van cliënten richting medewerkers is een harde realiteit in de ggz. Opmerkelijk genoeg blijft dit onderwerp onderbelicht. Er is wel een flink aanbod aan trainingen in omgaan met agressie, maar verder wordt het onderwerp weinig besproken. Tenzij er zich ernstige calamiteiten voordoen waarbij medewerkers komen te overlijden. Agressie binnen de (gesloten) instelling komt frequent voor. Iedere verpleegkundige of begeleider heeft wel eens een incident meegemaakt, als direct slachtoffer of als getuige. Op dit onderwerp lijkt haast een taboe te rusten.

Maar ook buiten de instelling kunnen risicovolle situaties ontstaan. Agressie lijkt in de 'vrije setting' echter beter in goede banen te leiden zijn. Veel is mogelijk op het gebied van preventie en de-escalatie. Zeeuwse Gronden beoogt een permanente training in het omgaan met agressie. Hiervoor worden interne medewerkers opgeleid, die vervolgens een continue scholing kunnen aanbieden aan het overige personeel.

Duidelijke normen en waarden rond agressief gedrag zijn van groot belang en beschreven in een *Protocol agressie en fysiek ingrijpen* (2007). De normen voor agressie in de psychiatrie moeten niet anders zijn dan in de maatschappij zelf. Agressie-uitingen en agressie door de vingers zien, omdat iemand lijdt aan een stoornis, leidt tot onveilige situaties en escalatie. Het beleid van Zeeuwse Gronden is: ernstige verbale dreiging en iedere vorm van fysieke agressie leidt tot een aangifte.

Op beleidsmatig niveau kan agressie 'gestuurd' worden door een zorgvuldige MIC-rapportage en een snelle feedback bij het toenemen van het aantal aggressiemeldingen (PDCA). Stijgingen van het aantal MIC-meldingen rond agressie op een locatie hebben vrijwel altijd een duidelijke oorzaak. Het is terug te brengen tot agressief gedrag van een of meerdere bewoners of tot onrust op de werkvloer. Wanneer de oorzaak duidelijk is, kan sneller ingegrepen worden. Voor het melden is er een speciale *Procedure melden incidenten/calamiteiten* (2020) en een *Formulier melden incidenten* (2020). De MIC-commissie brengt ieder kwartaal alle MIC-meldingen in kaart en koppelt de analyse terug naar senioren, behandelteams en bestuur. MIC-meldingen worden maandelijks tijdens het senioren-overleg besproken en er wordt gezamenlijk gezocht naar een oplossing van de specifieke situatie.

Om het beleid op het gebied van agressie verder aan te scherpen, wordt een aantal senioren, behandelaren en beleidsmedewerkers getraind in agressie-management en agressiepreventie. Interne trainers worden opgeleid waardoor trainingen in agressiepreventie een continu aanbod van interne scholing zijn.

### **Risico op suïcide**

Het risico op suïcide is helaas onlosmakelijk verbonden aan het lijden aan een ernstige psychiatrische ziekte. Zo blijkt ook uit de studie *De betekenis van suïcide binnen Zeeuwse Gronden* (2011). De cijfers gaan zover dat 8 op de 10 mensen die suïcide plegen, lijden aan een psychiatrische ziekte. Enerzijds moet het beleid natuurlijk gericht zijn op het voorkómen van suïcide (en zelfdestructief gedrag), anderzijds moeten we suïcide niet per definitie als een 'calamiteit' beschouwen (in de zin dat betere zorg de suïcide had kunnen voorkomen). Naast het voorkomen van suïcide moet er dus ook aandacht zijn voor de reële mogelijkheid van suïcide – of het aanwezig zijn van suïcide – binnen organisaties waar mensen met een ernstige psychiatrische ziekte in behandeling zijn.

Suïcidepreventie is een training die Zeeuwse Gronden-breed en herhaaldelijk gegeven wordt. Hier is tevens het *Protocol suïcidepreventie* (2022) voor beschikbaar, waarin onder andere aandacht is voor risicotaxatie en het signaleringsplan. Daarnaast wordt er een nieuw crisissignaleringsplan ontwikkeld dat mogelijk een bijdrage kan leveren aan het voorkómen van suïcide.

Iedere suïcide heeft een enorme impact. Het is een traumatische ervaring voor familie en betrokken zorgpersoneel. Een adequate opvang is van groot belang. De te nemen stappen zijn uitgebreid beschreven in de *Procedure na suïcide of overlijden cliënt* (2021).

Ten slotte is er van iedere suïcide iets te leren. Ook wanneer deze niet voorkomen had kunnen worden. Van iedere suïcide of ernstige suïcidepoging wordt een uitgebreid verslag gemaakt. Verantwoording wordt afgelegd aan de Raad van Bestuur en geneesheer-directeur. De geneesheer-directeur beslist rond een calamiteit om deze te melden aan de IGJ. Het verslag wordt besproken met het behandelteam, het (woon)begeleidingsteam en de familie. Er zal altijd gezocht worden naar verbeterpunten en wat er van het gebeurde geleerd kan worden.



## **Verplichte zorg en veiligheid**

Zeeuwse Gronden heeft geen accommodatie voor verplichte zorg. Verplichte zorg vindt plaats in de ambulante situatie (dat geldt ook voor de woonlocaties en de groepswoningen). Dit stelt een aantal beperkingen aan het verstrekken van verplichte zorg in het kader van de veiligheid van cliënt en medewerkers (Otte, 2022).

Uitgangspunt is dat verplichte zorg alleen wordt geboden als er geen verzet te verwachten valt van de cliënt. Er wordt dus geen medicatie met overmacht verstrekt. Bij (dreigend) fysiek verzet wordt de verplichte zorg onmiddellijk gestopt. De hulpverleners begeven zich naar een veilige situatie. Opname binnen een kliniek en het inschakelen van politieassistentie wordt overwogen.

De eerder besproken onderwerpen: veiligheid in de zorgrelatie (risico op grensoverschrijdend gedrag), gevaar op agressie en risico op suïcide (in het algemeen: risicotaxatie), zijn allen nog relevanter in situaties waarin verplichte zorg wordt gegeven. Scholing van medewerkers op het gebied van wet- en regelgeving rond assertieve en verplichte zorg moet actueel georganiseerd zijn (Otte, 2022).

## Literatuurlijst

- Amador, X. & Kronengold, H. (2004). Understanding and assessing insight. In: Xavier Amador & Anthony David (red.) *Insight and psychosis*. Oxford: Oxford University Press. p. 17
- Anthony, W. (1993/1994). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. In: Anthony, W. & Spaniol L. (eds) *Readings in Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for psychiatric rehabilitation
- Blarikom, J. van (2010). *De tijd die nodig is*. Visie document geïntegreerde zorg Raad van Bestuur. Interne publicatie.
- Blarikom, J. van (2011). *De betekenis van suïcide binnen Zeeuwse Gronden*. Interne publicatie.
- Cahn, W. (2017). *Focus op de familie*. Diagnosis uitgeverij.
- Cahn, W., Deenik, J. & Vermeulen, J. (red) (2022). *Leefstijl psychiatrie*. Bohn, Stafleu van Loghum.
- Cahn, W., Myin-Germeys, I., Bruggeman, R. Haan, L., de (red) (2019). *Handboek schizofreniespectrumstoornissen*. De Tijdstroom
- Davidson, L., Rakfeldt, J. & Strauss, J. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Deming, E. (2018). *Out of the crisis*. MIT.
- Generieke module *Arbeid als medicijn* (2017). GGZ standaarden.
- Generieke module *Assertieve en verplichte zorg* (2021). GGZ standaarden.
- Generieke module *Daginvulling en participatie* (2017). GGZ standaarden.
- Generieke module *Destigmatisering* (2017). GGZ standaarden.
- Generieke module *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (2018). GGZ standaarden.
- Generieke module *EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen)* (2017). GGZ standaarden.
- Generieke module *Herstelondersteuning* (2017). GGZ standaarden.
- Generieke module *Naasten* (2021). GGZ standaarden.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.
- Harding, C., Zubin, J. & Strauss, J. (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact or artifact? *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 5, 477-485.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. NVvP, NIP, V&VN. Utrecht: de Tijdstroom.
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A. & Sartorius, N. (2007). *Recovery from schizophrenia. An international perspective*. Oxford: Oxford UP.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2016). *Het mag niet, het mag nooit. Seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg*.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in de ggz: stand van zaken*.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2022). *Toezicht op een veilige zorgrelatie*.
- Katsakou, C. & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 232-241.
- Kupka, R., Hillgers, M., Koenders, M. & Sienaert, P. (red) (2021). *Handboek bipolaire stoornissen*. Boom / de Tijdstroom
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*, 199, 445-452.
- Model GGZ kwaliteitsstatuut 2.0* (2022).

- Otte, W. (2022). *Beleidsplan Wvvgz 1.0 De Zeeuwse Gronden*. Herziene versie, mei 2022. Interne publicatie.
- Petry, D. & Nuy, M. (1997). *De ontmaskering. De terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychische beperkingen*. Utrecht: SWP.
- Roozen, P. & Otte, W. (2022). *Behandelplan, versie april 2022*.
- Roozen, P. & Otte, W. (2022). *PDCA – behandelplancyclus*.
- Schene, A., Sabbe, B., Spinhoven, Ph & Ruhé, H. (2022). (red) *Handboek depressieve stoornissen*. De tijdstroom.
- Standaard geneesheer-directeur* (2018). Onder de wet verplichte GGZ. Vastgesteld door het NVvP verenigingsbestuur 27-03-2015. Aangepast aan definitieve wettekst Wvvgz: mei 2018.
- VWS (2019). *Leidraad veilige zorgrelatie*.
- Wiersma, D., Visser, E., Bähler, M. et al. (2015). Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening; psychometrische eigenschappen van een nieuw ROM-instrument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 395-404.
- Zeeuwse Gronden (2007). *Protocol agressie en fysiek ingrijpen*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2016). *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2018). *Gedragscode medewerkers*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2019). *Vrijwilligersbeleid Zeeuwse Gronden*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2020). *Formulier melden incidenten*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2020). *Procedure melden incidenten/calamiteiten*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2021). *Beleidsnotitie Platform ervaringsdeskundigheid*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2021). *Procedure na suicide of overlijden cliënt*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2021). *Protocol ongewenste intimiteit op de werkvloer*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2021). *Protocol seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2021). *Richtlijn sociale media en berichtenverkeer*. Interne publicatie.
- Zeeuwse Gronden (2022). *Protocol suicidepreventie*. Interne publicatie.