

Empowerment in de geestelijke gezondheidszorg

Tine Van Regenmortel

Onderzoeksleider HIVA, KUL; Faculteit Sociale Wetenschappen, KUL; Fontys Hogeschool Sociale Studies, Eindhoven

Het empowermentparadigma vormt een uitdagend kader voor vernieuwende ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), stelt Prof. dr. Tine Van Regenmortel in haar lezing op het vierde Vlaams Geestelijk Gezondheidscongres (17 september 2008, Universiteit Antwerpen). Dit artikel beschrijft dit paradigma met haar gevolgen voor de hulpverlening. Zes sleutelementen van een empowerende GGZ komen aan bod: een andere visie, de waarde van participatie en ervaringsdeskundigheid, de sociale gelaagdheid, toegankelijkheid voor kwetsbare groepen, meer vermaatschappelijking en het belang van *outreachend* werken.

Keywords: empowerment – accessibility – strengths perspective – client participation – experts through experience – community care – poverty

Inleiding

Het empowermentparadigma geraakt in het brede zorglandschap ingeburgerd. Het is aanwezig binnen het armoedediscours, bij de bestrijding van dak- en thuisloosheid, het komt aan bod in het burgerschapsmodel voor personen met een handicap, bij opvoedingsondersteuning en binnen de bijzondere jeugdzorg, het krijgt een plek binnen het activeringsdiscours, enz. Voortbouwend op empowerment worden methodieken ontwikkeld: de maatzorgmethodiek, het lokaal cliëntoverleg, Persoonlijke Toekomst Planning, werken met ervaringsdeskundigen in de armoede en sociale uitsluiting, eigenkrachtconferenties, *outreachend* werken en bemoeizorg.

De belangstelling voor empowerment groeit ook binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Dit verbaast niet daar empowerment aansluit bij vernieuwende ontwikkelingen als vermaatschappelijking en cliëntenparticipatie en kan functioneren als denk- en handelkader voor nieuwe behoeften binnen de GGZ zoals: minder 'behandelen' en minder focussen op beperkingen; meer op zoek gaan naar krachten en competenties en dit op de diverse terreinen van het maatschappelijke leven; meer samenwerken met de betrokkene zelf en zijn omgeving; meer preventief en vraaggericht werken en meer komen tot een samenlevingsgerichte zorg. Empowerment wordt omschreven als (1): een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krij-

gen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van het kritische bewustzijn en het stimuleren van participatie.

Empowerment staat voor een versterkingsproces op diverse niveaus (*multilevel construct*). Het is een proces dat geen einde kent (*open-ended construct*) en op maat van de specifieke persoon of doelgroep en context dient te worden ingevuld. Participatie is hierbij een kernaspect. Inherent aan dit paradigma is de primaire bekommernis voor personen of groepen die maatschappelijk kwetsbaar zijn. Een streven naar volwaardig burgerschap (*full citizenship*) voor iedereen, en in het bijzonder voor kwetsbare burgers, vormt de rode draad. De doelgroep in het kader van empowerment is heel verscheiden, maar veelal zijn het personen in een minderhedenpositie (bv. patiënten, allochtonen, ouderen, gezinnen in een problematische opvoedingssituatie, mensen in armoede, personen met een handicap, mensen met een psychiatrische of psychische beperking).

De rode draad bij empowerment is het krachtenperspectief: een actief appel op krachten en potenties van de betrokkene en zijn omgeving, zonder evenwel kwetsbaarheden en problemen te negeren. Dit appel dient te gebeuren vanuit een positieve basishouding (gestoeld op o.a. aandacht en presentie, respect, betrokkenheid, gelijkwaardigheid en wederkerigheid).

Empowerment heeft belangrijke implicaties voor interventies (en beleid). Het versterkend en verbindend werken staat hierin centraal (2,3). Men investeert sterk in de relatie die het fundament vormt van de hulpverlening en men houdt rekening met de leefwereld van de betrokkene. Een empowerende zorg staat tevens voor een minst ingrijpende zorg die veerkrachtprocessen bij de betrokkene stimuleert en zijn sociale netwerken erbij betreft (4).

Sluitelementen van een empowerende GGZ

Een andere kijk op gezondheid en op mensen met een GGZ-beperking

In de nieuwe benadering van gezondheidsbevordering en in de rehabilitatiebeweging worden mensen niet langer herleid tot hun ziekte. Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. Deze nieuwe, positieve benadering heeft haar grondslag in *The Ottawa Charter for Health Promotion* (Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), 1986), waarin gezondheidsbevordering wordt gedefinieerd als: «*The process of enabling people to exert control over the determinants of health and thereby improve their health* (5).»

De nadruk komt te liggen op het ondersteunen van mensen bij het verkrijgen van controle over of invloed op gezondheid en de factoren die daarop van invloed zijn. Het gaat hierbij niet enkel meer om gezonde individuele leefstijlen, ook sociale, structurele en culturele factoren zijn in het geding. Men kan in deze zin spreken van een ecologisch gezondheidsconcept dat een holistische benadering van gezondheid inhoudt. De gezondheid van het individu wordt niet alleen gerelateerd aan het lichaam en de psyche, maar ook aan het familie- en gemeenschapsleven en aan de bredere sociaal-economische omgeving. Het belang van een 'community'-aanpak of sociale omgevingsbenadering wordt geduid (bv. wijkgezondswerk) (6).

Bij deze positieve invulling van gezondheid staat de kwaliteit van leven voorop. Het omvat zaken als vitaliteit, zin in het leven, verbondenheid met anderen, in staat zijn dat te doen wat als betekenisvol wordt ervaren en het gevoel invloed te kunnen uitoefenen op het eigen bestaan. Als kernstrategie van deze nieuwe benadering noemt men empowerment, geassocieerd met *bottom-up* en 'participatieve' werkwijzen.

Ook in de rehabilitatiebeweging is een meer positieve wending aanwezig die treffend wordt geïllustreerd door de uitdrukking: «*Ik ben geen psychiatrische ziekte!*» (7). Niet de ziekte of het probleem, maar het herstel komt centraal te staan. Herstel betekent iets anders dan genezen en houdt meer in dan leren leven met beperkingen. De rehabilitatiebeweging benadrukt dat deze visie ook breed in de samenleving en organisaties dient door te dringen. Ook daar is herstel nodig.

De gezondheid van het individu wordt niet alleen gerelateerd aan het lichaam en de psyche, maar ook aan het familie- en gemeenschapsleven en aan de bredere sociaal-economische omgeving.

Herstel is onlosmakelijk verbonden met twee andere concepten: empowerment en ervaringsdeskundigheid. Dit drieluk, 'herstel-empowerment-ervaringsdeskundigheid' (kortweg HEE), staat centraal bij rehabilitatie. Annette Plooy (8) stelt dat herstel alleen betekenis heeft in combinatie met empowerment en ervaringsdeskundigheid. Iemand kan alleen herstellen wanneer hij vertrouwen krijgt in zijn eigen kracht, die kracht verder uitbouwt en zich een positie verwerft als mondig burger. En om dit te bereiken heeft hij ervaringskennis nodig: zijn eigen kennis en de kennis van andere mensen met psychiatrische ervaringen, mensen die zich tot ervaringsdeskundigen hebben ontwikkeld en deze deskundigheid inzetten om herstel en empowerment van medecliënten te ondersteunen."

Erkenning van de waarde van participatie en ervaringsdeskundigheid

Empowerment hecht veel waarde aan participatie en aan ervaringskennis en deskundigheid in het bijzonder. Ervaringskennis is een belangrijke grondsteen van empowerment. Ervaringskennis geeft handvatten om het leven in te richten zoals men dat zelf wenst en draagt bij tot het ontwikkelings- en bewustwordingsproces dat empowerment is. Ervaringskennis verschilt van 'ervaringsdeskundigheid'. Bij dit laatste is vooral het overstijgen van het individuele niveau doorslaggevend, het kunnen overdragen

aan derden waarbij niet enkel geput wordt uit eigen ervaringen, maar ook uit ervaringen van anderen. In Nederland worden ervaringsdeskundigen die in de hulpverlening werken 'ervaringswerkers' genoemd (9). Het gaat hierbij om mensen die zelf psychisch ziek zijn geweest en in een GGZ-instelling werken. Momenteel gaat het om ongeveer 250 betaalde ervaringsdeskundigen en de markt is groeiende. De vakvereniging voor ervaringswerkers (VVvE) behartigt hun zaken.

Een empowerende hulpverlening of krachtgerichte zorg benadrukt het belang van samenwerking tussen professionelen enerzijds en ervaringsdeskundigen (en ook zelfhulpgroepen) anderzijds. Dit is niet alleen aan de orde binnen de individuele hulpverleningsrelatie, in het primaire proces, maar ook op vlak van organisaties en het beleid. Deze ervaringsdeskundigen helpen mee om de zogenaamde *missing link* in de hulpverlening te dicht en hebben een belangrijke brug- en signaalfunctie. Ook de familie van hulpvragers wordt hierbij als bondgenoot gezien (10).

Onderzoek (9) toonde verschillende positieve effecten van het werken met ervaringsdeskundigen in de GGZ aan: cliënten worden sterker, ze onderhouden hun sociale netwerken beter, ze ontwikkelen meer activiteiten, nemen meer verantwoordelijkheid, ze kunnen beter omgaan met hun problemen (*coping*) en krijgen meer hoop en vertrouwen. Dit zijn troeven voor het proces van empowerment bij de betrokkenen. Bovendien stelt men vast dat GGZ-instellingen die met ervaringsdeskundigen werken: flexibeler en minder bureaucratisch worden, de cliënten meer keuzes aanbieden, meer praktische en concrete informatie geven en meer gericht zijn op herstel dan op het medische paradigma. Deze effecten inzake kwaliteitsverbetering in de zorg worden ook door de WHO onderschreven.

Oog voor sociale gelaagdheid van psychisch lijden

Mensen die opgroeien of leven in een kansarme situatie lopen een verhoogd risico van de ontwikkeling van psychische en/of psychiatrische problemen (11,12,13). Verschillende indicatoren van armoede blijken tegelijkertijd risicofactoren te zijn voor een slechte geestelijke gezondheid: bv. financiële stress, het hebben van schulden, werkloosheid, ontevredenheid met huisvesting, een verhoogde confrontatie met misdaad die samengaat met

meer onveiligheidsgevoelens, sociale isolatie en het opvoeden van kinderen waarbij de ouders vooral op zichzelf besparen. Ook de ervaren ongelijkheid in levensomstandigheden in vergelijking met andere groepen of personen in de samenleving (relatieve deprivatie), zeker wanneer dit als een persoonlijk falen ervaren wordt, beschadigt het zelfwaardegevoel, wat de psychische gezondheid hypothekeert. Samen met het gebrek aan positieve ervaringen en aan positieve ondersteunende contacten en bindingen leidt dit tot een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen bij mensen die in armoede leven. De relatie tussen armoede en psychische gezondheid is complex. Het gaat om een dynamisch samenspel van factoren op diverse niveaus. Meer wetenschappelijk onderzoek hieromtrent is aangewezen.

Beleidsinterventies dienen betrekking te hebben op verschillende niveaus: niet enkel op het versterken van het individu, maar ook op het versterken van buurten en organisaties en veranderingen op macro-economisch en cultureel vlak (bv. afname van inkomensongelijkheid, bestrijding van werkloosheid en sociale ongelijkheid in het onderwijs). Belangrijk is tevens de verbetering van de toegankelijkheid van essentiële voorzieningen voor deze kwetsbare groepen. Dit is het vierde sleutelement van een empowerende GGZ.

De ervaren ongelijkheid in levensomstandigheden beschadigt het zelfwaardegevoel.

Verhogen van de toegankelijkheid van de GGZ voor kwetsbare groepen

In 2005 werd, in opdracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, een studie afgerond naar de toegankelijkheid van de GGZ voor mensen die in armoede leven (11,12,13). De focus van dit onderzoek lag op methodiekontwikkeling en netwerkvorming (tussen de welzijnszorg en GGZ) als instrumenten om de toegankelijkheid te bevorderen. Empowerment vormde hiertoe het kader. Het onderzoek benadrukt het belang van nieuwe vormen van liaisons (gedeelde zorg of *shared care*), intersectoriële overlegvorming op cliëntniveau en op het niveau van organisaties. De integratie van meer gespeciali-

seerde hulpverlening in de eerste lijn en bij (doelgroep) organisaties die dicht bij kwetsbare burgers staan, kan deze liaisonfunctie mee helpen verwezenlijken.

Uit dit onderzoek (11,12,13) blijkt dat personen die in armoede leven verschillende barrières ervaren in de toegang tot de GGZ-voorzieningen. Naast relationele drempels die zich situeren op het niveau van de cliënt, op het niveau van de hulpverlener en in de culturele kloof tussen hulpvrager en hulpverlener, zijn er structurele drempels die verband houden met de organisatie van het hulpverleningsaanbod.

Op cliëntniveau heeft men het over drempels die verband houden met de eigen opvattingen en houdingen van de hulpvrager ten aanzien van hulpverleners en hulpverleningsinstanties. Deze worden beïnvloed door vroegere ervaringen, eventuele vooroordelen of het niet goed geïntegreerd zijn. Het wantrouwen en de gevoelens van afhankelijkheid die mensen in armoede dikwijls hebben opgebouwd tijdens contacten met maatschappelijke instituties (bv. OCMW, bijzondere jeugdzorg), beïnvloeden ook de contacten met GGZ-voorzieningen. Drempels bij de hulpverlener die een rol spelen, hebben vooral te maken met de klinische oordelen van therapeuten die worden beïnvloed door de sociale klasse van de hulpvrager. Hulpverleners zouden hulpvragers uit een lagere sociale klasse minder geschikt vinden voor psychotherapie. Ze worden ook als minder hoopvol gediagnosticeerd en worden minder vaak geaccepteerd voor behandeling. Men gaat hen eerder somatische en medicamenteuze behandelingen verstrekken en sneller tot een residentiële opname overgaan of enkel materiële hulp bieden. Bovendien blijkt ook de duur van de therapie door de sociale status van de hulpvrager te worden beïnvloed: hoe lager de sociale status, hoe korter de behandeling.

Het is een feit dat hulpverleners veelal uit de middenklasse komen en weinig kennis hebben van de reële leefwereld van hulpvragers in armoedesituaties. Het feit dat armoede nauwelijks aan bod komt in de opleidingen voor hulpverleners in de GGZ draagt zeker bij tot deze culturele kloof.

Er is ook een discrepantie in de verwachtingen. Hulpverleners verwachten dat hulpvragers hun vragen duidelijk kunnen verwoorden en dat ze zich aan afspraken houden; als dat niet zo is, krijgt men de stempel van niet-

gemotiveerd en niet geschikt voor behandeling. Mensen in armoede verwachten een meer actieve en ondersteunende houding van de hulpverlener: praktisch advies bij het oplossen van hun problemen en hulp bij het organiseren van hun leven. Dit strookt meestal niet met de therapeutische principes van de hulpverlener. Deze discrepantie in verwachtingen vergroot de kans op beëindigen van de behandeling en drop-out.

Het feit dat armoede nauwelijks aan bod komt in de opleidingen voor hulpverleners in de GGZ draagt zeker bij tot een culturele kloof.

Inzake de drempels die zich situeren op het vlak van de organisatie van de hulpverlening, is er een mismatch tussen de systeemwereld van de voorzieningen en de leefwereld van de hulpvrager. Bijvoorbeeld: de centrale organisatie van de hulpverlening, waarbij de hulpvrager naar de hulpverlener moet stappen, wachtlijsten en strakke bureaucratische procedures (bv. een vaste *intake*-procedure, het op voorhand invullen van een schriftelijke vragenlijst met heel wat privacygegevens). Ook staat de gefragmenteerde en versnipperde hulpverlening met onvoldoende samenwerking tussen de welzijns- en geestelijke gezondheidszorg haaks op de multicomplexe problematiek van personen die in armoede leven. Zware psychologische/psychiatrische problematieken blijven dikwijls circuleren in opvangmogelijkheden van de eerste lijn (de problemen worden niet (h)erkend of men krijgt de hulpvrager niet doorverwezen). Terugkoppeling van informatie tussen deze beide sectoren is geen evidente zaak. Slechts zelden worden welzijnsvoorzieningen gecontacteerd door GGZ-voorzieningen (bv. bij opname, tijdens de behandeling, bij ontslag), laat staan dat er systematisch overleg is. Ondanks positieve maatregelen inzake betaalbaarheid (bv. maximumfactuur, het omniostatuuft, bevordering van het gebruik van generische geneesmiddelen, de terugbetaling van therapie voor jongeren), blijkt de financiële toegankelijkheid van de GGZ een knelpunt voor mensen in armoede. De vraag is of de meest kwetsbare groepen (voldoende) van deze positieve maatregelen kunnen genieten en of er voldoende aandacht is voor de psychiatrische en bredere GGZ.

Zorg in én door de samenleving: meer vermaatschappelijking

Vermaatschappelijking is het gevolg van een andere kijk op mensen met een psychiatrische achtergrond: zij zijn in de eerste plaats burger en geen patiënt (14). De betrachtning is dat niemand in de steek gelaten wordt, dat iedereen erbij moet kunnen horen. 'Erbij horen' is ook de sprekende titel van het rapport van de Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg (2002) in Nederland. Deze vertolkt de visie van empowerment. De Taskforce (15) ziet vermaatschappelijking als: «*Een opdracht voor de samenleving als geheel en niet enkel voor de individueel psychisch gehandicapte. Het is 'mensen bij hun macht brengen' als sociale beweging, de beweging van empowerment.*»

Heel wat veranderingen in zorg en samenleving zijn noodzakelijk opdat kwetsbare burgers als volwaardige burgers kunnen participeren. Met extramuralisering alleen is dit niet op te lossen.

Vermaatschappelijking duidt op het proces van acceptatie en integratie van mensen die 'anders' zijn (i.c. mensen met een psychische handicap), een proces dat nog lang niet voltooid is. Acties voor positieve beeldvorming zijn noodzakelijk om stigmatisering van de GGZ-patiënt tegen te gaan.

De samenleving moet als het ware 'trek'-kracht' (of *pull*) voor mensen die 'anders' zijn ontwikkelen naast de *push* uit de reguliere voorzieningen. De ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen, de inschakeling van *support*-werkers (intermediairen), maatjesprojecten en vriendendiensten, liggen in dit verlengde. Kwartiermaken (16) is aan de orde. Concrete voorbeelden van kwartiermaken zijn laagdrempelige ontmoetingshuizen of aanloophuizen. Het zijn 'enabling niches' die hulpvragers kansen geven om terug volwaardig te kunnen participeren aan de samenleving. Ze bieden kansen voor de opbouw van een positieve identiteit en kansen om te geven (*power of giving*), belangrijke aspecten voor veerkracht en empowerment.

Belang van *outreaching* werken (en 'bemoeizorg')

Een tegemoetkomende of '*outreaching*' hulpverlening (bv. *Assertive Community Treatment* of bemoeizorg) is ui-

termate geschikt om moeilijk bereikbare doelgroepen toch te bereiken en om krachten en mogelijkheden bij hulpvragers op te zoeken. De beweging gaat van de hulpverlening naar de hulpvrager toe, zowel in figuurlijke als letterlijke zin. De hulpverlening treedt hierbij naar buiten, hulpvragers worden opgezocht in hun eigen levenssfeer. Dit gebeurt soms ook ongevraagd ('bemoeizorg'). Bij *outreaching* werken investeert men sterk in het leggen van contacten en de opbouw van een relatie. Men houdt rekening met de leefwereld en dagelijkse realiteit van de betrokkene. Het gaat om dialogisch werken, om een dialooggestuurde zorg (17).

Empowerment reikt een kader voor legitimering van het *outreaching* werken aan, voor ongevraagde bemoeienis. Dit kadert in de visie van een proactieve houding en het belang van preventie, aspecten die inherent zijn aan het empowermentparadigma. Vanuit empowerment wordt niemand in de steek gelaten, ook niet zij die zelf niet om hulp vragen of de samenleving de rug toe keren. *Outreaching* werken biedt net kansen aan de meest kwetsbare burgers, het voorkomt escalaties, drang en dwang en schept mogelijkheden om verbindingen weer tot stand te brengen.

Na een te sterk doorgedreven vraaggerichte zorg, is er in Nederland momenteel een sterk pleidooi voor een verbreding van het hulp- en dienstenaanbod, een aanbod dat ongevraagd hulp of diensten aanbiedt die aandringen en vasthouden ('hinderlijk volgen') (18). Evenwel met een duidelijk doel: mensen (weer) doen deelnemen aan de samenleving, meedoen.

Bij *outreaching* werken investeert men sterk in het leggen van contacten.

Conclusie: naar een positieve, krachtgerichte GGZ

Vandaag spreekt men over de kernproblemen van toegenomen fragmentering en het hospitalocentrisme in de GGZ, men wijst op de nood aan meer preventie en men vraagt aandacht voor de zorg, voor de zorgverleners zelf. Uit studies van het federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg blijkt dat de GGZ in ons land nog steeds gecentreerd

is rond bedden, dat velen er lang verblijven en weinig worden geactiveerd. Een heroriëntatie (bv. naar beschut wonen of PVT) eerder dan reïntegratie is de huidige praktijk. Een echte kanteling naar een meer trajectmatige aanpak-op-maat in het milieu van de betrokkene, een geïntegreerde continue zorg in en door de samenleving met naadloze netwerken, is niet echt gebeurd.

De titel van het vierde Vlaams Geestelijk Gezondheidscongres was veelzeggend: «*Zorg voor velen, door velen.*» Dat veel mensen steeds meer te kampen hebben met problemen inzake geestelijke gezondheid is een betreurenswaardige realiteit. Dat de zorg voor hen complex is en vooral noopt tot een gedeelde zorg, is hierbij een belangrijk statement. De GGZ is niet langer een exclusieve zaak van specialisten met witte schorten in klinieken, ook paraprofessionelen of ervaringsdeskundigen, de betrokkenen zelf en hun naaste omgeving, familie, vrienden, welzijnswerkers, arbeidsbegeleiders, medewerkers van CLB en jeugdzorg, en uiteraard ook de eerstelijnsgezondheidszorg (bv. huisarts of wijkgezondheidscentra), zijn betrokken partij. Binnen de GGZ zijn er positieve ontwikkelingen hieromtrent: zorgcircuits en -netwerken, therapeutische projecten, bemoeizorg, eigenkrachtconferenties, acties voor meer positieve beeldvorming, uitbouwen van cliëntenparticipatie, enz.

Empowerment vormt een uitdagend kader voor deze knelpunten en nieuwe evoluties binnen de GGZ, zonder te pretenderen dat empowerment het tovermiddel is dat alle oplossingen aanreikt. Het helpt wel mee om een visie, uitgangspunten en principes te formuleren die de kijk

op mensen met GGZ-bepkeringen, op de zorgpraktijk, organisatie van de zorg en het beleid, op een welbepaalde manier inkleuren. Dit vormt een goede voedingsbodem om een meer positieve en krachtgerichte GGZ uit te bouwen.

Referenties

1. Van Regenmortel T. Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede. Acco, Leuven/Leusden;2002.
2. Driessens K, Van Regenmortel T. BIND-KRACHT in armoede. Leefwereld en hulpverlening. LannooCampus, Leuven;2006.
3. Driessens K, Van Regenmortel T. FORCE du LIEN contre la pauvreté. Sphère de vie et relation d'aide. LannooCampus, Leuven;2006.
4. Van Regenmortel T. Empowerment in de zorg. Krachten en kwetsbaarheden. In: de Welzijnsfonds-Methodiek 2008, Afl.67(januari), Reg.1-Reg.24 (p.111-134).
5. Jacobs G, Braakman M, Houweling J. Op eigen kracht naar gezond leven. Empowerment in de gezondheidsbevordering: concepten, werkwijzen en onderzoeksmethoden. Universiteit voor Humanistiek, Utrecht;2005.
6. Paes M. Wijkgezondheidswerk. Een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch-Oost. Academisch proefschrift, Universiteit Amsterdam-Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen;2008.
7. Deegan P. 'Ik ben geen psychiatrische ziekte! Herstellen van schizofrenie. In: Boevink, Plooy & van Rooijen (red.), Passage-cahier: Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen. Uitgeverij SWP, Amsterdam;2006. p.9-13.
8. Plooy A. Proloog. In: Boevink, Plooy & van Rooijen (red.), Passage-cahier: Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen. Uitgeverij SWP, Amsterdam;2006. p.9-13.
9. Knooren J, van Haaster H. Onderwijsprogramma's voor ervaringsdeskundigen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2008;62(6):515-25.
10. Fox H, Knooren J, Melman-de Rijke J, Schalken P, Wittenberg F. Familie als Bondgenoot; Een ontdekkingsreis van 4 jaren. Te verschijnen in Tijdschrift voor Rehabilitatie;2009.
11. Kerkhofs R, Van Regenmortel T. Versterkend werken door nieuwe vormen van liaisons. Methodiekontwikkeling voor de bevordering van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor personen die in armoede leven, HIVA-K.U.Leuven, Leuven;2005.
12. Kerkhofs R, Van Regenmortel T. La démarche de renforcement basée sur de nouvelles formes de liaisons. Développements méthodologiques en vue de favoriser l'accessibilité des soins de santé mentale aux personnes en situation de pauvreté. HIVA-K.U.Leuven, Leuven;2005.
13. Van Regenmortel T. De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg: armoede) troef. Psyche 2006;18(2):4-6.
14. Lohuis G, Schilperoord R, Schout G. Van bemoeizorg naar groeizorg. Methodieken voor de OGGz. Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten;2002.
15. Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg. Erbij horen. Amsterdam;2002.
16. Kal D. Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met en psychiatrische achtergrond. Boom, Amsterdam;2001.
17. Van Regenmortel T. Empowerment en vraagsturing in de zorg. Onlosmakelijk verbonden? Tijdschrift voor Welzijnswerk 2007;31(288)(december):6-14.
18. van Doorn L, van Etten Y, Gademan M. Outreachend werken. Handboek voor werkers in de eerste lijn. Uitgeverij Coutinho, Bussum;2008.