



Kwalitatieve verdieping:

Wat maakt dat zorg passend is? Ervaringen van de leden van het panel Psychisch Gezien

Het panel

Het panel Psychisch Gezien startte in 2010 om meer zicht te krijgen op de woon- en leefsituatie van volwassenen met langdurige psychische problemen. Een ander belangrijk doel van het panel is om deze groep mensen een duidelijkere stem te geven en hun ervaringen, wensen en opvattingen over kwesties in de ggz centraal te stellen. Het panel bestaat momenteel uit ongeveer 1.500 mensen met langdurige psychische problemen, die met hun deelname aan het panel een beter beeld geven van hun leven, activiteiten en ontwikkelingen daarin.

Aanleiding

Uit de jaarlijkse peilingen onder leden van het panel Psychisch Gezien blijkt dat een aanzienlijk deel van de deelnemers niet de professionele zorg ontvangt voor hun psychische problematiek die zij nodig hebben: in 2024 gaf bijna een kwart van de panelleden aan onvoldoende zorg te krijgen. Hierbij gaat het zowel om panelleden die geen zorg krijgen terwijl er wel een zorgbehoefte is, als om panelleden die zorg krijgen die onvoldoende aansluit op hun zorgbehoefte. Belangrijke oorzaken volgens panelleden hiervoor zijn een gebrek aan passend zorgaanbod, onbegrip over de aard van de hulpvraag en lange wachttijden.

Hoewel passende zorg als globaal begrip al veel langer gebruikt wordt, is het de laatste jaren het leidende beleidsbegrip geworden voor zorg die aansluit bij wat mensen nodig hebben. Om meer zicht te krijgen op wat panelleden ervaren als passende zorg en wat maakt dat zij dit wel of niet ontvangen, hebben we een kwalitatieve verdieping uitgevoerd. In deze onderzoeksnotitie beschrijven we de resultaten hiervan.

Omschrijving van passende zorg

De term 'passende zorg' wordt op verschillende manieren gebruikt. In beleid gaat het bij passende zorg volgens Zorginstituut Nederland over vier verschillende principes:

- 1 Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs.
- 2 Passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen.
- 3 Passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de burger georganiseerd.
- 4 Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid¹.

Naast dat 'passende zorg' op uiteenlopende processen betrekking kan hebben, kan het ook vanuit verschillende perspectieven een andere betekenis krijgen: vanuit de zorglogica gaat het bij passende zorg vooral om de kernwaarde *op maat voor het individu*, vanuit de regellogica staat het *gelijkheidsprincipe* centraal en vanuit de verdeellogica gaat het om de duurzaamheid van het *stelsel*². In deze onderzoeksnotitie benaderen we passende zorg vanuit de zorglogica: **zorg op maat, zorg die aansluit bij het individu**. Daarbij zoomen wij in op formele zorg: de zorg door professionals.

Vraagstelling en methode

In de factsheet staat deze vraag centraal:

→ Wat maakt dat zorg wel of niet aansluit?

Om hier meer zicht op te krijgen is in het najaar van 2024 een verdiepend kwalitatief onderzoek gedaan met drie focusgroepen met in totaal 11 panelleden (negen vrouwen en twee mannen). We hebben deelnemers geselecteerd die zorg ontvangen voor hun psychische problematiek³. Eén focusgroep vond fysiek plaats op het Trimbos-instituut in Utrecht, twee focusgroepen waren online. De interviews zijn geanalyseerd met behulp van softwareprogramma MAXQDA.

Resultaten

Alle geïnterviewden hebben jarenlange ervaring, soms langer dan 40 jaar, met psychische problematiek en uiteenlopende zorgvormen, waaronder ook klinische zorg. Volgens de deelnemers zijn er meerdere factoren die bepalen in welke mate zorg aansluit bij hun behoeften en doelen. Daarbij gaat het zowel om de technisch inhoudelijke kant van zorg — zoals diagnostiek



-
- 1 Zorginstituut Nederland (2023). Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen. <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2023/11/22/signalement-passende-zorg-ggz>
 - 2 Muusse, C., Planije, M., Boumans, J. & Kroon, H. (2025) Perspectief in de langdurige ggz: Een verdiepende studie naar beleid en praktijk. Utrecht: Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/tri-77-012-perspectief-in-de-langdurige-ggz-een-verdiepende-studie-naar-beleid-en-praktijk/>
 - 3 Niet alle leden van het panel Psychisch Gezien ontvangen zorg. Voor deze kwalitatieve verdieping hebben we mensen geselecteerd die zorg ontvangen. We hebben geen selectie gemaakt op basis van ervaren match tussen zorgvraag en zorgbehoefte omdat we zowel mensen wilden interviewen met positieve als met negatieve ervaringen.

en specifieke behandelingen — als om de relationele kant, zoals nabijheid en gezamenlijke besluitvorming. De precieze ervaringen met wat maakt dat zorg (niet) aansluit zijn heel verschillend, het is echt maatwerk. Maar er zijn wel duidelijke rode draden te herkennen. Deze worden hieronder beschreven.

Gezien en gehoord worden

'Wat voor mij echt het meest helend altijd is, gebeurt juist in de relatie. Het contact met een behandelaar, verpleegkundige, dat je als mens wordt gezien.'



Het krijgen van zorg die aansluit bij behoeften en doelen valt en staat bij gezien en gehoord worden, aldus de geïnterviewden. Gezien en gehoord worden als mens, niet als patiënt. Onderstaand citaat illustreert het belang en de opbrengst van echt luisteren:

'EMDR werkte niet en het was dus van, we moeten afsluiten want we kunnen niet doen waarvoor je hier eigenlijk kwam. En toen zei ik, wat ik nodig heb ...is mijn levensverhaal gaan schrijven, vormgeven. En mijn therapeut is daarin meegegaan ...daar heeft hij naar geluisterd en dat je dan mooi samen iets kunt maken.'



Gezien en gehoord worden heeft ook te maken met erkenning krijgen, het gevoel serieus genomen te worden en het ervaren van gelijkwaardigheid. Dat een hulpverlener in staat is zelf iets te delen, wordt door meerdere deelnemers gezien als belangrijk voor hun herstelproces. Het delen van eigen ervaringen draagt bij aan de gelijkwaardigheid van de samenwerkingsrelatie.

'De hulpverleners die mij echt als mens hebben gezien en ook iets persoonlijks van hun eigen leven durfden te delen hebben mij echt vooruitgeholpen. En niet de mensen die alleen maar zeggen wat ik wel en niet mag.'



'Dat is voor mij in een hulpverlener dus ook super waardevol als iemand een klein beetje ervaringskennis inbrengt waardoor er wat gelijkwaardigheid voor mij ontstaat. Maar ook dat niet alleen de kennis uit boeken komt... En helemaal niet op detail niveau, of dat ze mijn verhaal gaan kapen. Maar het gaat om het feit oh ja, psychologen hebben ook gewoon gedoe.'



Aan dit proces van 'gezien en gehoord worden' werden ook woorden gegeven als 'kwaliteiten in mij zien' en 'zelfvertrouwen versterken'. Aandacht hebben voor krachten en voor positieve kwaliteiten lijken dus belangrijke onderwerpen en dragen bij aan de mate waarin zorg als passend wordt ervaren.

Heel de mens

Deelnemers geven aan dat zij in hun volledige mens-zijn erkend willen worden en niet uitsluitend vanuit het psychische levensdomein. Zij geven aan dat het belangrijk is dat er in zorg aandacht is voor alle rollen die vervuld worden en niet alleen voor een specifiek behandelonderdeel, al is dat ook van belang. Juist de brede blik maakt dat zorg passend is, zoals onderstaand citaat illustreert.

'Je kan niet alleen de depressie behandelen en niet kijken naar iemand zijn rollen, schulden, stress en werk. Pak alles aan en kijk naar een persoon als mens. Ga niet alles in schotjes doen, alsof je werkt met een wortelsnijder. Je bent een heel mens.'



Deelnemers hebben voorbeelden gegeven van situaties waarin zij ervoeren dat er naar alle facetten in hun leven werd gekeken, bijvoorbeeld door een FACT-team. Maar er waren ook voorbeelden waarin dat niet gebeurde, ook niet na aandringen vanuit de persoon zelf.

'Het ouderschap en dat dat ook zoveel psychisch met mij deed, maar dat ik het gevoel had dat ik daar eigenlijk geen ruimte voor mocht innemen. Terwijl alles linkt met elkaar.'



Leefdomeinen die volgens deelnemers aandacht verdienen en essentieel zijn voor passende zorg zijn de ouderrol, daginvulling, relaties en financiën. Deelnemers hebben ervaringen gedeeld waarin er aandacht was voor deze leefdomeinen zoals met oudercoaching, ondersteuning en oog hebben voor het netwerk en toeleiding naar dagbesteding en werk. Maar er waren ook veel voorbeelden waarin dit er niet was of waarin ervaren werd dat het zwaar bevochten moest worden, bijvoorbeeld om te gaan werken.

'Het is dat ik met stampende voeten bij de psychiater kwam en zei, nu ga je voor mij een baantje zoeken. Er was een spv'er die erin geloofde. En die regelde het voor mij. Die heeft naar mij geluisterd van, hier zit een zorgbehoefte op een andere manier.'



De zorg op de verschillende leefdomeinen kwam vaak van verschillende hulpverleners. Dit was volgens deelnemers an sich geen probleem en soms zelfs wenselijk. Belangrijk is dat hulpverleners oog hebben voor de diverse leefdomeinen en een brede blik hanteren, zonder dat van één hulpverlener wordt verwacht dat hij of zij alle praktische taken op zich neemt.



'Ik maak heel erg onderscheid erin [tussen de verschillende hulpverleners]. Met het FACT neem ik contact op als ik getriggerd ben door iets uit mijn verleden... En daar praat ik niet over, ik benoem het kort, met de medewerker van de Wmo [deelnemer noemt dit eerder 'intensieve ambulante hulp']... Dan een stukje sociale contacten, mijn dagbesteding, dat pak ik heel erg op met degene van de Wmo.'

Samenwerking was er niet altijd tussen de verschillende hulpverleners terwijl dit wel belangrijk wordt gevonden. Soms voelen deelnemers dat dit hun verantwoordelijkheid is.

'Nee, het [samenwerking] gebeurt gewoon niet. [Het gaat] helemaal langs elkaar heen en ik heb wel geprobeerd om dat te plannen, maar dat is me niet gelukt.'



Deelnemers noemen verschillende oorzaken voor ervaringen met gefragmenteerd werken binnen de ggz. Sommigen geven aan dat professionals heel erg gefocust kunnen zijn op één leefdomein of behandeling. Anderen kijken voor de oorzaak naar het zorgsysteem en de structuur van ggz organisaties.



'Dan zei ik: kan ik dan met een seksuoloog hierover praten? En dan zei ze: nee, want die zit hier op een andere afdeling.'

Regie en samen beslissen

Een belangrijk aspect van passende zorg is eigen regie en samen beslissen, aldus de deelnemers. Dit hangt ook nauw samen met het onderwerp 'gezien en gehoord worden' en gelijkwaardigheid in de zorgrelatie. Ook hier gaven de deelnemers voorbeelden waarin dit op een positieve manier tot uiting kwam, maar ook voorbeelden waarin er niet samen beslist werd.

'Mijn spv'er staat me bij. Ik heb de regie. Je mag naast mij als stuurman staan. Ik word erin gehoord. Ik ben zelf de grootste deskundige.'





'Het was een behandeling met een vastgesteld aantal dagen. Dat hebben we van tevoren besproken, ook de onderwerpen. Ik merkte halverwege, er staat iets niet op wat echt heel veel aandacht nodig heeft. En toen heb ik dat aangegeven. Toen hebben ze dat besproken in het overleg en kreeg ik te horen, dat gaan we niet doen. Zonder toelichting waarom. Dat heeft me heel erg geraakt, om niet gezien en gehoord te worden.'

Belangrijke kanttekening die deelnemers maken is dat het niet altijd gaat om 'zelf' beslissen maar om het gesprek erover. Het kan ook gaan om het maken van afspraken wanneer de hulpverlener iets overneemt.

'Maar ik moet ook eerlijk toegeven dat ze voor mijn gevoel ook wel een beetje doorslaan nu. Want soms ben ik niet in staat om mijn eigen beslissingen te maken. Soms moeten mensen voor mij een beslissing maken. En dan hebben ze nog wel eens de neiging om te zeggen: nou, jij zit achter het stuur... Soms zijn er momenten waarop je die verantwoordelijkheid gewoon niet kan hebben. Geef het me dan ook niet... Inmiddels staat dat in mijn signaleringsplan.'



Naast dat het gaat om de dialoog, gaat het bij samen beslissen ook om een brede blik op mogelijkheden in de zorg en waar nodig afwijken van protocollen. Om bijvoorbeeld te kijken naar opties van creatieve therapie in plaats van of naast gesprekstherapie. Juist deze brede blik draagt volgens deelnemers bij aan maatwerk, aan zorg die past.

In het vorige citaat wordt het signaleringsplan genoemd. Verschillende deelnemers hebben het signaleringsplan genoemd als een goed instrument om regie te versterken.



'Zo'n signaleringsplan heb ik zelf geschreven. Het is mijn handleiding.'

'Het signaleringsplan, omdat dat jezelf zo goed leert kennen en dat je weet waar je valkuilen zitten en hoe je dat ook kan oplossen, zelf of met hulp van anderen.'



Impact van diagnostiek

In de focusgroepen kwam het belang van diagnostiek op verschillende manieren naar voren. Voor sommige deelnemers hielp een diagnose om meer inzicht te krijgen in hun situatie en werd dit gezien als een onderdeel van passende zorg. Vaker echter werd diagnostiek genoemd als een noodzakelijke toegangspoort tot die zorg. Vooral met voorbeelden waarin een onjuiste diagnose een belemmering vormde voor het krijgen van passende zorg.



'Met een andere diagnose heb ik eindelijk de hulp kunnen krijgen die ik nodig had.'

'Een van de hoofddiagnoses die ik had was dusdanig verkeerd dat ik daar jarenlang ook echt verkeerde therapieën en bejegeningen door heb gehad. En zo heb ik het ook al die jaren ervaren en gevoeld. En er is heel vaak tegen mij gezegd dat dat juist onderdeel van de problematiek was.'



'Maar die diagnose persoonlijkheidsproblematiek heeft wel die deur geopend naar de therapie die ik nu volg. Dus ik ben wel blij dat ik dat [nieuw diagnostiek traject] heb gedaan.'

Volgens de geïnterviewden speelt de diagnose een cruciale rol in het verkrijgen van passende zorg. Voor sommigen was het verkrijgen van de juiste diagnose een langdurig en moeizaam proces, dat veel inspanning vergde. Tegelijkertijd heeft diagnostiek een dubbele lading: er is niet alleen behoefte aan een juiste classificatie maar ook aan erkenning als mens in zijn geheel. Het gaat dus om beide aspecten: een passende diagnose én gezien worden in de volle breedte van wie je bent.

De diagnose heeft ook op een andere manier impact, namelijk op toegang en bejegening in de somatische zorg. Er zijn meerdere voorbeelden gedeeld waarin stigmatisering leidde tot het niet of onvoldoende krijgen van somatische zorg. De vooroordelen over psychische aandoeningen bleken in deze situaties een belemmering te vormen voor een zorgvuldige beoordeling en behandeling.

'Ik heb echt meegemaakt toen ik nog de diagnose borderline had en ik kwam op de spoedeisende hulp. Dan word je als aansteller gezien en als theatraal.'



Langdurige zorgbehoefte en angst om zorg te verliezen

De deelnemers hebben vaak langdurige ervaring met zorg en verwachten in de toekomst ook zorg nodig te blijven hebben. Ze beschrijven het zorgtraject als een continu en veranderlijk proces: passende zorg is geen momentopname. Wat op een bepaald moment passend is, kan in de loop van de tijd veranderen met periodes waarin intensieve ondersteuning nodig is, afgewisseld met momenten waarin zorg op afstand volstaat. Tegelijkertijd geven geïnterviewden duidelijk aan dat er ook in betere periodes behoefte blijft aan een minimaal niveau van ondersteuning, juist gericht op het behouden van stabiliteit. Daarbij speelt bij velen de angst om zorg te verliezen, een angst die vaak voortkomt uit eerdere negatieve ervaringen. Deze negatieve ervaringen hebben veel impact. De gedeelde ervaring van deelnemers is dat als je eenmaal uit zorg bent, het heel moeilijk is om zorg terug te krijgen. Bijvoorbeeld door wachttijden en doordat dit vaak pas lukt als er een crisissituatie ontstaat. Voor hen is voortgezette ondersteuning heel belangrijk, al is het maar op een laag pitje in de vorm van 'waakvlamzorg'.



'Dankzij een goede psycholoog gaat het beter. Ik heb ook FACT. Zij hebben het ook over afbouwen [van de FACT-zorg], maar dat wil ik echt niet. Als er wel iets aan de hand is, is het namelijk heel moeilijk om terug te komen. Want ik ben nu wel stabiel, maar wel fragiel.'



'Ik heb dat [uit zorg] een keer gehad en toen... bijna een opname, allemaal toestanden. Nou, dat wil ik echt niet meer hoor, ik doe het niet meer. Ik ben 62 en totdat ik overlijd hou ik gewoon lekker deze hulp.'



'Dat [terug in zorg] was bij mij ook inderdaad uiteindelijk via een semi gedwongen opname. Dan kom je weer in het circuit, maar ja, dat wil je liever niet.'

Impact van indicatiestelling en toegang tot zorg

Toegang tot zorg is de eerste stap naar passende zorg. In eerdere paragrafen is al beschreven hoe bepalend een diagnose kan zijn voor het verdere zorgtraject en hoe lastig het kan zijn om opnieuw in zorg te komen als deze eerder is beëindigd. Daarnaast zijn er nog twee andere belangrijke knelpunten genoemd als het gaat om toegang tot (passende) zorg. De eerste belemmering is het verkrijgen van een Wmo-(her)indicatie. Geïnterviewden vertelden dat de periodieke herindicaties stress opleveren. En als het nodig is om Wmo-gefinancierde zorg tijdelijk te intensiveren, kan dit vaak niet.



'...dus ze kunnen een heleboel geld en energie gebruiken voor andere dingen dan voor al die herindicaties die jaren hetzelfde blijven. Maar het is gewoon vertrouwen. In onze maatschappij is er weinig vertrouwen.'





'Het ging heel slecht met mij en toen heeft degene die mij thuis begeleid contact opgenomen met de Wmo voor een indicatie verhoging en dat mocht absoluut niet. Eerst moesten ze mij persoonlijk spreken en ik was daar niet toe in staat. Dus ik heb geen indicatie verhoging en geen nodige extra zorg gekregen die periode.'

Een andere belemmering voor het verkrijgen van passende zorg is volgens geïnterviewden het label 'te complex'. Dit stempel wordt soms gegeven als er sprake is van meervoudige problematiek, bijvoorbeeld in combinatie met verslaving. Deelnemers ervaren dat zij in deze gevallen zelf verantwoordelijk worden gemaakt voor het blijven zoeken naar een zorgaanbieder die wél passende hulp kan bieden. Dat proces brengt veel spanning met zich mee, juist in een periode waarin het al moeilijk is.

'Ik ontvang op dit moment alleen hulp van de RIBW en dat komt omdat de ggz instelling hier mij te gecompliceerd vindt. En andere instellingen hebben een opnamestop. Je kunt je überhaupt niet aanmelden.'



Lotgenotencontact

Versillende deelnemers benadrukken het belang van contact met lotgenoten. Er waren uiteenlopende opvattingen over of dit contact onderdeel is van formele zorg, bijvoorbeeld als het gaat om supportgroepen die worden geleid door een ervaringsdeskundige. Voor een aantal deelnemers speelt het in ieder geval een duidelijke en waardevolle rol in hun herstelproces.



'Het draait totaal niet om de diagnose [bij de herstelacademie]. Iedereen kan zijn eigen ding ontwikkelen. Praatgroepen, vertellen uit eigen ervaring. Dat geeft mij zin, dat ik dat doe, peersupport. Ik heb me in mijn hele leven nog nooit zo verbonden gevoeld. Het stigma is daar niet.'

'Het was een heel klein clubje. Ik weet nog steeds een paar tips daarvan, daar heb ik altijd wat aan gehad. Lotgenotencontact helpt ook.'



Aanbevelingen voor praktijk en beleid: wat moet er gedaan worden om meer mensen meer passende zorg te bieden?

Passende zorg is, afgaande op de focusgroepen met panelleden, zorg die aansluit bij alle levensdomeinen die voor de cliënt relevant zijn. Waarbij iemand als mens in zijn geheel wordt gezien en gehoord, binnen een relatie die gebaseerd is op gelijkwaardigheid. De cliënt heeft hierin de regie en neemt samen met hulpverleners beslissingen over diagnostiek en behandeling. Passende zorg is geen momentopname maar een langdurig traject waarin zorg kan worden op- en afgeschaald afhankelijk van de behoefte. Wanneer meerdere hulpverleners betrokken zijn, is goede samenwerking essentieel. Lotgenotencontact kan een belangrijk element zijn.

Dat dit belangrijke onderdelen van zorg zijn, is geen nieuw inzicht en komt ook naar voren uit andere onderzoeken (zoals Muusse et al. 2025⁴) maar bevestigt wel het belang van herstelondersteunende zorg⁵. Uit de focusgroepen komt wel de belangrijke boodschap dat passende zorg, zeker bij deze doelgroep van mensen met langdurige psychische problematiek, voor een groot deel gericht is op het behouden van stabiliteit en dat continuïteit van zorg belangrijk is hiervoor. Geïnterviewden deelden ervaringen over angst om zorg te verliezen, vanuit de wetenschap dat dit eerder tot een vervelende situatie had geleid. Voor de deelnemers was het afsluiten van een specifiek behandeltraject vaak logisch, maar het bleef belangrijk om in beeld te blijven bij bijvoorbeeld een FACT-team. De dialoog hierover in het zorgtraject is essentieel. Zorgaanbieders kunnen gewend zijn om in ketens van opeenvolgende zorg te denken met afgebakende verantwoordelijkheden. Dat is niet wat de deelnemers zien als 'passende zorg'. Zij geven juist aan dat er waakvlamzorg en een netwerk van zorg nodig is, in plaats van opeenvolgende schakels.

Een andere belangrijke boodschap is het belang van ondersteuning op de diverse leefdomeinen zoals ouderschap, daginvulling en financiën. Er zijn voorbeelden gegeven van situaties waarin dit heel goed ging, maar ook voorbeelden waarin mensen geen ruimte voelden en zeker niet werden uitgenodigd om te praten over deze leefdomeinen. Een brede benadering en in ieder geval oog hebben voor de verschillende leefdomeinen is belangrijk om maatwerk te kunnen bieden. Belangrijk om te noemen is dat dit geen oproep is aan hulpverleners om alles te doen en te kunnen: taken kunnen verdeeld worden, mensen zijn gewend aan het hebben van verschillende hulpverleners. Maar oog hebben voor de leefdomeinen, met de cliënt in dialoog gaan over wat voor de cliënt belangrijk is en kennis over wat andere professionals daarin kunnen betekenen is wel belangrijk.

Colofon

Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 – 297 11 00

Projectleiding
Aafje Knispel

Auteurs
Aafje Knispel, Anne van Jaarsveld,
Lex Hulsbosch, Hans Kroon

Met medewerking van
Joyce Huls, Mark Vergeer, Isabelle Janson

Programmacommissie
Jaap van Weeghel
Martijn Kole (Blauwe Paard Advies)
Inger Plaisier (SCP)
Noortje van Willegen (ministerie van VWS)
Hilde Koelmans (MIND)
Ellen Krijnen (VNG)
Lois van de Water (Nivel)
Liesbeth van Gent (De Nederlandse GGZ)

Financiering
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Met dank aan
Alle leden van het panel Psychisch Gezien
Ambassadeurs van het panel Psychisch Gezien

Vormgeving
The Creative Hub | Canon

Beeld
Gettyimages.nl

Artikelnummer: TRI-75-025

December 2025, Trimbos-instituut, Utrecht

Copyrights Trimbos-instituut
Alle rechten voorbehouden. Niets uit
deze uitgave mag worden vervaardigd
of openbaar gemaakt, in enige vorm
op enige wijze, zonder voorafgaande
toestemming van het Trimbos-instituut

- 4 Muusse, C., Planije, M., Boumans, J. en Kroon, H. (2025) Perspectief in de langdurige ggz: Een verdiepende studie naar beleid en praktijk. Utrecht: Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/tri-77-012-perspectief-in-de-langdurige-ggz-een-verdiepende-studie-naar-beleid-en-praktijk/>
- 5 GGZ Standaarden (2020). Herstelondersteuning. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/herstelondersteuning/introductie>