

Strengths Model

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam Ch. Rapp & R. Goscha
Adres Kansas University
Postcode
Plaats
Email
Telefoon
Website van interventie <http://mentalhealth.socwel.ku.edu/>

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam J.P. Wilken
Adres Postbus 85397
Postcode 3508 AJ
Plaats Utrecht
Email jean-pierre.wilken@hu.nl
Telefoon 088-4819831
Website van interventie

Referentie

Naam auteur Ch. Rapp & R. Goscha
Titel interventie Strengths Model of Case Management
Databank
Plaats, instituut Kansas University Center for Mental Health Research and Innovation
Datum 01-10-2014

Het Werkblad moet een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie zijn en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. Kijk in de handleiding die bij dit werkblad hoort ter ondersteuning bij het invullen van dit werkblad.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties:



Inhoud

Strengths Model	1
Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	6
1. Probleemomschrijving.....	6
2. Beschrijving interventie.....	7
3. Onderbouwing.....	11
4. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	17
5. Onderzoek naar de effectiviteit	18
6. Aangehaalde literatuur	21
BIJLAGE Voorbeeld Strengths Assessment	23

Samenvatting

Doelgroep

Mensen met psychiatrische beperkingen of andere beperkingen ten gevolge van psychiatrische aandoeningen, verslaving of dakloosheid.

Doel

Mensen met psychiatrische beperkingen of andere beperkingen ten gevolge van psychiatrische aandoeningen, verslaving of dakloosheid ondersteunen in hun herstelproces, zodat zij optimaal gebruik maken van hun mogelijkheden, en zij persoonlijke doelen op verschillende levensdomeinen kunnen realiseren.

Aanpak

Het Strengths Model is een face-to-face methode die helpt mensen hun persoonlijke en omgevingskrachten te ontdekken, belangrijke levensdoelen te formuleren en gebruik makend van de krachten deze doelen te bereiken. De aanpak kent vijf onderdelen:

1. Contact maken en ontwikkelen van een helpende samenwerkingsrelatie
 2. Het maken van een krachteninventarisatie
 3. Doelstelling en planning
 4. Het verwerven van hulpbronnen uit de omgeving
 5. Voortdurende samenwerking en geleidelijke losmaking.
-

Materiaal

Het handboek van de ontwikkelaars: Rapp C.A. & Goscha, R.J. (2012). *The Strengths Model. A recovery-oriented approach to mental health services*. New York: Oxford University Press. Er is geen Nederlandse vertaling van dit handboek.

Onderbouwing

De ontwikkelaars schrijven over het model: "The strengths model is not just a philosophy or perspective, although it is that. It is rather a set of values and principles, a theory of practice, and explicit and rigorous practice methods that have been developed and refined over the last 30 years. The empirical testing of the strengths model has shown consistent results that are superior to traditional approaches to serving people with severe psychiatric disabilities" (Rapp & Goscha, 2012).

Het Strengths Model is gebaseerd op theorieën en kennis over herstel en empowerment. Historisch gezien zijn veel ggz interventies gericht op het beïnvloeden van symptomen, ziekte en disfunctioneren. Veelal wordt een medische invalshoek gehanteerd, waarbij op basis van diagnostiek conform het DSM classificatiesysteem, een behandeltraject ingezet wordt. In het rehabilitatie- en herstelgericht werken, waar het Strengths Model op gebaseerd is, wordt gekozen voor een breder perspectief, dat zowel persoonlijke als sociale aspecten omvat. Door aan te sluiten bij de persoonlijke ervaringen, wensen en ambities wordt het mogelijk optimaal gebruik te maken van de eigen motivatie van cliënten. Uit studies over herstel weten we dat hier de bron ligt voor persoonlijk herstel.

Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen (maar ook groepen) 'greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie' (Van Regenmortel, 2002, p. 76). Centraal staat het versterkingsproces en participatie is hiertoe een krachtig middel. De focus bij empowerment ligt op gezondheid, welzijn, krachten en omgevingsinvloeden en niet op problemen, risicofactoren en individualisering van problemen. Hoewel het bestaan van kwetsbaarheden niet ontkend wordt, is de aandacht op potenties en krachten gericht. Een empowerment-benadering wil de negatieve aspecten van een situatie verbeteren door positieve

zaken te zoeken. De empowerment-theorie verbindt het individuele welzijn, de individuele krachten en natuurlijke hulpsystemen steeds met de bredere sociale omgeving. Het zoeken naar en versterken van krachten is een van de belangrijkste herstelbevorderende elementen, zo blijkt uit veel studies (o.a. Ridgway, 2001; Powell, 2009; Wilken, 2010).

Onderzoek

In verschillende studies in de Verenigde Staten en Zweden is de effectiviteit van het krachtenmodel onderzocht. Uit enkele studies blijkt dat het krachtenmodel betere effecten heeft dan standaard zorg, maar in een meta-analyse (Ibrahim, 2014) werden geen positieve effecten gevonden. In Nederland is tot dusver een evaluatiestudie gedaan. Hieruit komen positieve ervaringen naar voren.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

De interventie is ontwikkeld voor mensen met ernstige c.q. langdurige psychiatrische aandoeningen. In de behandeling en begeleiding door hulpverleners ligt het accent veelal op het bestrijden van en omgaan met pathologie en overige problemen, waardoor de persoonlijke krachten en kwaliteiten van deze mensen op de achtergrond zijn geraakt. Ook zijn klassieke casemanagers volgens Rapp en Goscha (2012) te veel bezig met door hen zelf nodig geachte uitkomsten in plaats van de doelen die de cliënt zelf wil realiseren.

Spreiding

Delespaul en de consensusgroep EPA (2013) schatten de groep mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA) in Nederland op 160.000 (tussen 18 en 65 jaar, inclusief verslavingszorg en forensische zorg). De meeste mensen met EPA zijn in de reguliere GGZ in zorg, maar ze zijn ook in andere opvangcircuits te vinden: de verslavings- en de forensische zorg, de bemoeizorg door de gemeentes, de maatschappelijke opvang en in gevangenissen. Het percentage van mensen met EPA kan in een dichtbevolkte regio 2,5 keer groter zijn. Tussen wijken van 6000 inwoners kan het percentage een factor 6 verschillen. De verschillen lijken, naast de bevolkingsdichtheid van een regio, verband te hebben met factoren als een lage sociaal economische status van een woonwijk en een verminderde sociale cohesie (Delespaul, 2013).

Gevolgen

Als naast behandelinterventies niet ook interventies toegepast worden die gericht zijn op het vergroten van zelfredzaamheid en participatie, heeft dit het risico dat cliënten onnodig (vaak) gebruik maken van behandel- en opvangvoorzieningen, en derhalve de kosten van behandeling hoger zijn dan indien ook re-integratiemethoden ingezet worden. Uit het verleden kennen we maar al te goed het fenomeen van 'draaideur patiënten', mensen die opnieuw opgenomen werden omdat er onvoldoende nazorg was dan wel ondersteuning bij het weer functioneren in de samenleving.

Uit studies blijkt dat herstelondersteunende methoden zoals het Strengths Model leiden tot

- a. Minder opnames en minder gebruik van crisisdiensten
- b. Toename van vaardigheden (omgaan met de psychiatrische kwetsbaarheid, zoals het omgaan met stressgevoeligheid, beter medicatiemanagement; praktische en communicatieve vaardigheden)
- c. Verbetering van psychische en somatische gezondheid
- d. Minder belasting van familieleden
- e. Hogere kwaliteit van leven van cliënten

Uit studies op het gebied van positieve psychologie weten we dat het benadrukken van de persoonlijke capaciteiten van mensen over het algemeen tot beter functioneren leidt, dan als de tekorten als uitgangspunt genomen worden (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De interventie is ontwikkeld voor gebruik bij mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen, maar kan ook toegepast worden bij andere mensen in kwetsbare posities, zoals bij mensen die kampen met verslaving of dakloosheid. Krachtgerichte benaderingen die mede gebaseerd zijn op het Strengths Model worden in Nederland ook toegepast in de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang (Wolf & Jansen, 2011; Wolf, 2012).

Intermediaire doelgroep

nee

Selectie van doelgroepen

De interventie is breed toepasbaar. Er zijn geen contra-indicaties beschreven.

2.2 Doel

Hoofddoel

Mensen met psychiatrische beperkingen of andere beperkingen ten gevolge van psychiatrische aandoeningen, verslaving of dakloosheid ondersteunen in hun herstelproces, zodat zij optimaal gebruik maken van hun mogelijkheden, en zij persoonlijke doelen op verschillende levensdomeinen kunnen bereiken.

Meer specifiek gaat het om versterken van zelfvertrouwen en identiteit, en het realiseren van zingevende activiteiten en sociale rollen.

Subdoelen

1. Cliënt helpen inzicht te krijgen in eigen kracht en de mogelijkheden van de omgeving
2. Cliënt helpen dromen, aspiraties en wensen te formuleren
3. Cliënt helpen op basis van wensen en prioriteiten doelen te stellen
4. Cliënt helpen op basis van een doel een persoonlijk (herstel) plan te ontwikkelen
5. Cliënt ondersteunen bij het uitvoeren van het plan en de doelen te helpen realiseren

Doelen worden gesteld in verschillende domeinen:

- Dagelijks functioneren thuis
 - Inkomen en financieel beheer
 - Werk en opleiding
 - Sociale relaties
 - Gezondheid en welzijn
 - Ontspanning en vrijetijdsbesteding
-

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De methodiek van het krachtenmodel kent vijf onderdelen:

1. Contact maken en ontwikkelen van een helpende samenwerkingsrelatie. Bij voorkeur gebeurt dit in de natuurlijke leefomgeving van de cliënt.
2. Het maken van een krachteninventarisatie (*strengths assessment*). De levensdomeinen wonen, werken, opleiding, vrije tijd, financiën/verzekeringen, gezondheid en sociale contacten van een cliënt worden onderzocht. Er wordt informatie verzameld over de huidige situatie, over wensen (gericht op verandering of het behouden van een situatie), over activiteiten die hij in het verleden ondernomen heeft, evenals over hulpbronnen waar de cliënt in het verleden gebruik van gemaakt heeft. Het doel is om informatie te verzamelen over kwaliteiten van de persoon en de omgeving die ingezet kunnen worden om een gewenst doel te bereiken. In de bijlage is een voorbeeld van een Strengths Assessment opgenomen.
3. Doelstelling en planning. In deze fase wordt beoogd om een gemeenschappelijke agenda te maken gericht op het bereiken van de gestelde doelen. Rapp en Goscha noemen dit *personal planning*. Het proces helpt de cliënt tot een herstelplan te komen. Uitgangspunt voor het plan is een zelfgekozen lange termijn doel dat de cliënt dolgraag wil realiseren, dus gebaseerd op een groot verlangen of een *passie*. Bij het 'genereren van opties' wordt een zo uitgebreid mogelijke lijst samengesteld van mogelijkheden die beschikbaar zijn of gecreëerd zouden kunnen worden om een doel te realiseren. De cliënt kiest dan de optie die hij het prettigst vindt en welke het best aansluit bij zijn eigen mogelijkheden. Opties die gebruikmaken van de eigen krachten van de cliënt, of van de mogelijkheden uit de natuurlijke omgeving, gaan boven de inzet van professionele hulpbronnen. Zo krijgt een buurman die kan helpen de vuilnis op tijd buiten te zetten, voorrang boven een hulpverlener.
4. Het verwerven van die hulpbronnen (*resource acquisition*) uit de omgeving, die de cliënt nodig heeft, waar hij als burger recht op heeft, en die zijn mogelijkheden kunnen vergroten. Een belangrijk doel is om de muren af te breken die de cliënt scheiden van de samenleving; om uitsluiting te vervangen door integratie. Rapp noemt dit met name een terrein waarop ggz-werkers veel nieuwe vaardigheden nodig hebben, zowel op communicatief als op strategisch gebied. Het is te vergelijken met wat wij in Nederland *kwartiermaken* noemen (Kal, 2001).
5. Voortdurende samenwerking en geleidelijke losmaking. Het uitvoeringsproces vraagt om een voortdurende verandering en een aanpassing die eigen is aan de dynamische interactie tussen cliënt, omgeving en hulpverlening. De balans in de uitvoering van de activiteiten verschuift steeds meer naar de cliënt. Het doel is dat de cliënt steeds meer op een creatieve wijze zijn eigen talenten en de bronnen in de samenleving gaat gebruiken.

Binnen de interventie zijn diverse tools, werkwijzen en strategieën beschikbaar om bovenstaande goed te laten verlopen. We noemen:

- De choose-get-keep strategie zoals die door Anthony, Cohen en Farkas (1990) beschreven is

- Een werkblad om cliënten te helpen opties op een rij te zetten om goede keuzes te kunnen maken
- Een tool om een analyse te maken van een stagnerend proces (om er achter te komen waarom er sprake is van stagnatie en op basis daarvan een bepaalde aanpak te kiezen om verder te komen)
- Tools om hulpbronnen in beeld te brengen en beschikbaar te krijgen (resource assessment en resource acquisition)
- Methode van teamintervisie (group supervision) en als coach samen in de praktijk oefenen (field mentoring) om hulpverlener te ondersteunen bij het goed toepassen van de methode.

De effectiviteit van het Strengths Model kan op diverse manieren gemeten worden. De meest directe is doelrealisatie. Aangezien het om doelen gaat die gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van leven, geoperationaliseerd naar de verschillende genoemde domeinen, betekent de realisering hiervan dat de kwaliteit van leven is toegenomen. Dit blijkt ook uit een aantal studies. Effecten worden aangetoond met betrekking tot dagelijks functioneren, sociale participatie en fysieke en psychische gezondheid. Om de effectiviteit aan te tonen kunnen ook algemene meetinstrumenten gebruikt worden, zoals de HONOS, de NEL of herstelschalen.

De duur van een traject kan variëren, evenals de intensiteit van de inzet van professionals. In principe start de samenwerking met 1x per week een ontmoeting, maar dit kan gedurende het traject variëren. Nadat een vertrouwensband is ontstaan, wordt zo snel mogelijk gefocust op doelontwikkeling. Omdat de aanpak gericht is op deelname aan de samenleving en gebruik maken van bronnen in de samenleving (bijvoorbeeld de inzet van sociale netwerken) fungeert de professional in principe als facilitator, coach, kwartiermaker en intermediair, en trekt hij zich terug zodra doelen bereikt zijn (of de cliënt in staat is met ondersteuning van anderen verder te werken aan doelrealisatie). Over het algemeen kan dit binnen een jaar gerealiseerd worden.

Locatie en uitvoerders

De methodiek wordt toegepast door professionals in de GGz, de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang, die als taak hebben om individuele ondersteuning te bieden aan een cliënt. Het betreft bijvoorbeeld casemanagers / leden van een FACT-team en persoonlijk begeleiders.

Inhoud van de interventie

Zie 2.3 Opzet van de interventie

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Hier is geen informatie over bekend. Wel is geput uit studies over herstel en strengths-based social work.

Buitenlandse interventie

De interventie is ontwikkeld in de Verenigde Staten en in Nederland geïntroduceerd door Jean Pierre Wilken (Wilken, 2004). Het oorspronkelijke trainingsmateriaal werd vertaald uit het Engels. Hierbij werden alleen enkele taalkundige aanpassingen toegepast.

Het onderzoekscentrum Maatschappelijke Zorg van UMC ST Radboud onder leiding van Judith Wolf heeft de interventie aangepast voor gebruik bij dakloze, kwetsbare mensen, en voor hulpverlening aan vrouwen met geweldservaringen (Wolf, 2012; Wolf & Jansen, 2011).

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

De belangrijkste elementen van het Strengths Model zijn geïntegreerd in de methodiek van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (Den Hollander & Wilken, 2011; Wilken & Den Hollander, 2012). Dit betreft de krachteninventarisatie en het herstelplan.

Deze interventie is opgenomen in de Databank Effectieve Sociale Interventies en de Databank Effectieve Interventies in de Langdurige GGZ.

Overeenkomsten en verschillen

Beide benaderingen kennen dezelfde uitgangspunten. Ze zijn gericht op de ondersteuning van herstelprocessen en integratie in de samenleving. Er is ook een aantal verschillen, waarvan de belangrijkste zijn:

1. Het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen is niet alleen toepasbaar op individueel niveau maar ook op groepsniveau en omgevingsniveau. In het Strengths Model wordt niet groepsgericht gewerkt. Er wordt weliswaar aandacht gegeven aan de omgeving, doch hier richt de interventie zich vooral op activiteiten die gerelateerd zijn aan het realiseren van een doel van een cliënt (bijvoorbeeld het verkrijgen van een passende baan)
 2. In het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen wordt meer aandacht besteed aan het leren omgaan met kwetsbaarheid dan in het Strengths Model. Hierin laat het zich gemakkelijker verbinden met psychiatrische behandeling. In ACT-teams waar het Strengths Model wordt toegepast wordt behandeling wel afgestemd met het herstelplan van de cliënt, maar zijn het verder parallelle trajecten.
-

Toegevoegde waarde

Toegevoegde waarde is dat het Strengths Model relatief snel aan te leren is, waarbij het werken aan toenemende modelgetrouwheid gewaarborgd wordt door in de methodiek ingebouwde methoden zoals Group Supervision. Het beschikt over slechts enkele hulpmiddelen (Strengths Assessment, Recovery Plan, Decision Making Worksheet) zodat het ook een overzichtelijk geheel blijft.

3. Onderbouwing

Oorzaken

Er kunnen vele factoren zijn die een herstelproces belemmeren. Dit kunnen o.a. zijn: de psychische en sociale kwetsbaarheid, een negatief zelfbeeld, een gebrek aan zelfvertrouwen, een gebrek aan praktische en sociale vaardigheden, stigmatisering en armoede.

Aan te pakken factoren

Het Strengths Model gaat niet primair uit van wat niet goed gaat (probleem oriëntatie), maar van de waarde van ervaringen, aspiraties en motivatie. Door de focus op eigen kracht, mogelijkheden van de omgeving en het behalen van eigen doelen, draagt de interventie eraan bij dat mensen een positiever zelfbeeld ontwikkelen en beter persoonlijk en maatschappelijk gaan functioneren.

Factoren die beïnvloed worden zijn:

1. Eigen kracht van de cliënt (subdoel 1). Hierbij wordt een systematische inventarisatie gemaakt van een aantal typen krachten: kennis, kunde (talenten), aspiraties, karaktereigenschappen, beschikbare externe persoonlijke bronnen zoals steunende familieleden en materiele bronnen zoals bezittingen. Door middel van deze inventarisatie in heden en verleden krijgt zowel cliënt als hulpverlener inzicht in wat de cliënt allemaal 'in huis' heeft.
 2. Doelkeuze (subdoelen 2 en 3). Hier wordt vervolgens op aangesloten: er worden dromen, aspiraties en wensen gearticuleerd; op basis hiervan wordt de cliënt geholpen prioriteiten en doelen te stellen.
 3. Concretisering van plan van aanpak (subdoel 4). Op basis van een specifiek doel wordt een persoonlijk (herstel) plan ontwikkeld. Hierbij worden opties uitgewerkt, waarbij systematisch zowel naar de eigen mogelijkheden als naar de mogelijkheden van de omgeving wordt gekeken
 4. Realisatie van plan en bereiken van doel (subdoel 5). Ten slotte gaat het om het uitvoeren van het plan en het realiseren van de doelen. Hierbij kunnen naar gelang de situatie verschillende factoren aangepakt worden, zoals ontwikkelen van kennis en vaardigheden, het versterken van een persoonlijk steunsysteem, het mobiliseren van mogelijkheden en hulpbronnen in de samenleving (op het gebied van huisvesting, werk en inkomen, opleiding en vrije tijd).
-

Verantwoording

Door - ingebed in een geëngageerde relatie - aan te sluiten bij de eigen ervaringen, mogelijkheden en wensen van de cliënt, en op basis daarvan hem op een systematische wijze te helpen keuzes te maken, doelen te formuleren en plannen te maken, en deze vervolgens helpen uit te voeren, kunnen de doelen van cliënten bereikt worden.

Het Strengths Model is gebaseerd op theorieën en kennis over herstel en empowerment. Historisch gezien zijn veel ggz interventies gericht op het beïnvloeden van symptomen, ziekte en disfunctioneren. Veelal wordt een medische invalshoek gehanteerd, waarbij op basis van diagnostiek conform het DSM classificatiesysteem, een behandeltraject ingezet wordt. In het rehabilitatie- en herstelgericht werken, waar het Strengths Model op gebaseerd is, wordt gekozen voor een breder perspectief, dat zowel persoonlijke als sociale aspecten omvat. Door aan te sluiten bij de persoonlijke ervaringen, wensen en ambities wordt het mogelijk optimaal gebruik te maken van de eigen motivatie van cliënten. Dit is een belangrijke bron voor een persoonlijk herstelproces. Rapp & Goscha hanteren de omschrijving die Deegan (1988) gegeven heeft: "Recovery is a process, a way of life, an attitude and a way of approaching the days' challenges. [...] The need is to meet

the challenge of the disability and to re-establish a new and valued sense of integrity and purpose within and beyond the limits of the disability; the aspiration to live, work and love in a community in which one makes a significant contribution” (p. 15).

Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen (maar ook groepen) ‘greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie’ (Van Regenmortel, 2002, p. 76). Centraal staat het versterkingsproces en participatie is hiertoe een krachtig middel. De focus bij empowerment ligt op gezondheid, welzijn, krachten en omgevingsinvloeden en niet op problemen, risicofactoren en individualisering van problemen. Hoewel het bestaan van kwetsbaarheden niet ontkend wordt, is de aandacht op potenties en krachten gericht. Een empowerment-benadering wil de negatieve aspecten van een situatie verbeteren door positieve zaken te zoeken. De empowerment-theorie verbindt het individuele welzijn, de individuele krachten en natuurlijke hulpsystemen steeds met de bredere sociale omgeving. Het zoeken naar en versterken van krachten is een van de belangrijkste herstelbevorderende elementen, zo blijkt uit veel studies (o.a. Ridgway, 2001; Powell, 2009; Wilken, 2010).

Rapp en Goscha maken een koppeling tussen individuele kenmerken en omgevingskenmerken. De natuurlijke omgeving, de samenleving, wordt beschouwd als een ‘oase van hulpbronnen’. Dit houdt in dat voor het vervullen van gewenste zingevende activiteiten en sociale rollen in de eerste plaats gekeken wordt naar de mogelijkheden die in gewone omgevingen aanwezig zijn. Onderzoek naar bijvoorbeeld het IPS model toont aan dat mensen beter (gaan) functioneren in gewone omgevingen (Bond e.a. 2004). Het Strengths Model gaat uit van integratie, normalisatie en burgerschap. Voor mensen met een psychiatrische geschiedenis is dit niet vanzelfsprekend. Dit betekent dat er ook aan de kant van de samenleving veel gedaan moet worden om aan inclusie te werken. Het Strengths Model leunt hier op habitattheorieën uit de ecologie (o.a. Germain, 1991) en gebruiken hieruit o.a. het concept van de ‘enabling niche’ als een plaats waar iemand met bepaalde behoeftes op een veilige wijze kan functioneren en zich kan ontplooiën. Ze putten ook uit theorieën over asset-based interventies die gericht zijn op het mobiliseren van in de samenleving aanwezige mogelijkheden, zoals onderwijs, huisvesting, werkgelegenheid (Sherraden, 2005). Het Strengths Model sluit hierin ook aan bij de capability benadering zoals die door Sen en Nussbaum is uitgewerkt, waarbij uitgegaan wordt van empowerment, eigen regie en de reële mogelijkheden die mensen hebben om te kunnen participeren (Pelleboer-Gunnink, Van Weeghel & Embregts, 2014).

Ten slotte kan het Strengths Model onderbouwd worden met inzichten uit de positieve psychologie. Twee van de goed onderzochte en empirisch bewezen theorieën uit deze stroming zijn de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2000) en het zelfconcordantiemodel van Sheldon en Elliot (1999). Deze verklaren de motiverende kracht die centraal staat in het Strengths Model. Volgens de zelfdeterminatietheorie hebben mensen een drietal fundamentele menselijke behoeften namelijk: de behoefte aan ervaren competentie, de behoefte aan autonomie en de behoefte aan verbondenheid. Deze fundamentele behoeften bepalen de kwaliteit van onze motivatie. Het zelfconcordantiemodel houdt in dat wanneer we doelen nastreven die door ons zelf bepaald zijn, dit een positieve invloed heeft op ons functioneren. Volgens deze theorie heeft dit positieve effecten op inzet en doorzettingsvermogen, en op welbevinden. Uit het onderzoek dat naar de effectiviteit van het Strengths Model gedaan is, blijken bovenstaande effecten op te treden. Er is toenemend bewijs dat krachtgerichte gesprekstechnieken, zoals die in het Strengths Model gebruikt worden, een van de belangrijkste werkzame factoren bij psychotherapie is (o.a. Beenackers et al, 1996). Deze vormen ook de basis van oplossingsgerichte psychotherapie en verwante werkvormen (Shazer & Dolan, 2009).

Werkzame elementen

Rapp & Goscha noemen de volgende essentiële elementen:

1. Het aangaan van een partnership met de cliënt, waarbij de hulpverlener zich engageert ten dienste van ondersteuning van het herstelproces van de cliënt.
2. Het maken van een krachteninventarisatie (strengths assessment), waarbij het gezonde deel van het individu aangesproken wordt.

3. Het proces van persoonlijke planning: het creëren van een agenda om iets te bereiken wat voor de cliënt erg belangrijk is.
4. Het verwerven van passende hulpbronnen, bij voorkeur in de samenleving. De samenleving wordt gezien als een 'oase van hulpbronnen'. Deze bronnen zijn veelvoudig. Het kan variëren van het beroep doen de buurman, tot het reageren op een vacature die past bij de talenten van de cliënt. Het Strengths Model sluit hiermee goed aan bij de doelstellingen van de Wmo en de Participatiewet.

Uitvoering

Materialen

- a. Handboek (Engelstalig)
- b. Nederlandstalige artikelen
- c. Trainingsmap met hulpmiddelen, zoals Strengths Assessment en Recovery Work Sheet
- d. Modelgetrouwheidsschaal

De fidelity scale bevat o.a. de volgende categorieën:

- Caseload ratio
 - Geïntegreerde zorg
 - Kwaliteit teambespreking
 - Inzet coach/leidinggevende
 - Gebruik krachteninventarisatie (strengths assessment)
 - Kwaliteit herstelplan (recovery work sheet)
 - Verbinding met de samenleving
 - Gebruik van hulpbronnen in de samenleving
 - Hoopopwekkend gedrag
-

Type organisatie

Iedere organisatie die werkt met de doelgroep kan de interventie uitvoeren.

Opleiding en competenties

Basistraining in het Strengths Model, verzorgd door de RINO Groep
(<http://www.rinogroep.nl/opleiding/1154/het-strengths-model.html>)

Competenties zijn:

A. Waarden

De hulpverlener laat zien dat ...

1. hij/zij gelooft dat alle mensen met psychiatrische beperkingen kunnen herstellen, hun leven weer op kunnen pakken en veranderen
2. hij/zij in staat is zich meer op krachten dan op tekortkomingen te richten
3. hij/zij er op gericht is de cliënt de regisseur van het hulpverleningsproces te laten zijn
4. de relatie met de cliënt voorop staat en essentieel is.

B. Betrokkenheid

De hulpverlener laat zien dat ...

1. hij/zij op een effectieve manier vertrouwen en een werkrelatie kan opbouwen, en in staat is dit met een grote verscheidenheid aan mensen te doen
2. hij/zij op een actieve outreachende manier cliënten tegemoet treedt waarmee moeilijk een verbinding aan te gaan is.
3. hij/zij de vaardigheid heeft om te reflecteren op persoonlijke belemmeringen om een verbinding aan te gaan met cliënten, evenals het begrijpen van factoren die gerelateerd zijn aan de moeite die de cliënt heeft met bindingen.

C. Krachteninventarisatie

De hulpverlener laat de vaardigheid zien om ...

1. te luisteren naar de wensen en aspiraties van de cliënt met gevoel voor detail
2. de taal van de cliënt te gebruiken gedurende de krachteninventarisatie
3. de talenten en vaardigheden van de cliënt in detail in beeld te brengen
4. de omgevingskrachten die momenteel beschikbaar zijn in detail te beschrijven
5. cliënten te betrekken bij het maken van de krachteninventarisatie
6. regelmatig de krachteninventarisatie met cliënten te gebruiken.

D. Gebruik van krachteninventarisatie ten behoeve van behandeling

1. Laat de vaardigheid zien om informatie uit de krachteninventarisatie te gebruiken ten behoeve van behandeldoelen- en plannen (als dat aan de orde is).

E. Herstelplan

De hulpverlener laat de vaardigheid zien om ...

1. doelen te helpen formuleren die gebaseerd zijn op de prioriteiten uit de krachteninventarisatie
2. specifieke doelen en actiestappen uit te werken in de taal van de cliënt
3. doelen uit te splitsen in kleinere, specifieke en meetbare actiestappen
4. actiestappen op een positieve manier te beschrijven
5. actiestappen te voorzien van data waarop deze bereikt zullen zijn
6. actiestappen te voorzien van data waarop deze bereikt zijn
7. voortgangsnotities te maken bij de actiestappen
8. bij de actiestappen gebruik te maken van de informatie/bronnen uit de krachteninventarisatie.
9. de cliënt te ondersteunen bij het uitvoeren van het herstelplan
10. het herstelplan met vrijwel alle cliënten te gebruiken
11. het herstelplan regelmatig te gebruiken in het werken met cliënten

F. Dienstverlening aan cliënten

1. Laat de vaardigheid zien om diensten te verlenen aan cliënten op plaatsen waar ze wonen, werken en deelnemen aan de samenleving

G. Gebruik van natuurlijke bronnen

De hulpverlener laat de vaardigheid zien om ...

1. cliënten te helpen natuurlijke bronnen te identificeren wanneer de manieren om doelen te bereiken worden verkend
2. cliënten te helpen toegang te krijgen tot natuurlijke bronnen bij de meerderheid van de doelen.
3. cliënten te helpen doelen te stellen die tenderen naar gebruik van natuurlijke bronnen

H. Teambespreking

De hulpverlener laat de vaardigheid zien om ...

1. volledig en actief te participeren in de teambespreking
2. een cliënt en een vraag te presenteren
3. de suggesties die in de groep gegeven worden in de praktijk te gebruiken

I. Zinnvolle praktijken

1. Laat de vaardigheid zien om zinnvolle strategieën te gebruiken in het werken met cliënten

J. Omgaan met verandering, besluitvorming en onzekerheden

1. Laat de vaardigheid zien om met cliënten een veranderingsproces door te maken, besluiten te nemen en met conflicten of onzekerheden om te gaan

K. Geleidelijke ontbinding

1. Laat de vaardigheid zien om op een effectieve manier te werken aan geleidelijke ontbinding van de relatie (als dat aan de orde is)

Kwaliteitsbewaking

Op het niveau van de basisopleiding wordt de kwaliteit bewaakt door de daarvoor geldende procedures binnen de RINO Groep.

Op het niveau van de uitvoering wordt de modelgetrouwheid gemeten door middel van de fideliteitschaal die bij de methodiek hoort. Een hoge modelgetrouwheidsscore is een indicatie voor het goed toepassen van de methodiek. De kwaliteit wordt voorts geborgd door middel van coaching (door in het model gecertificeerde Strengths coaches) en het gebruik van het teambesprekingsprotocol (*group supervision*) dat onderdeel uitmaakt van de methodiek.

Randvoorwaarden

Bij het Strengths Model is het van belang dat hulpverleners zowel individueel als in teamverband werken. Het hele team dient vanuit dezelfde benadering te werken. Teamleden steunen elkaar om modelgetrouw te werken, adviseren elkaar en delen kennis. Hulpverleners dienen logistiek in de gelegenheid te zijn om cliënt volgend te werken, op de plaatsen waar de cliënt leeft, werkt etc.

Faciliterend management en teamleiderschap zijn eveneens belangrijke randvoorwaarden.

Uit onderzoek van Van Wezep en Michon (2011) blijkt dat de invoering van de methodiek nogal wat vraagt. Niet alleen gaat het om een geheel andere wijze van werken (waarbij een shift wordt gemaakt van een probleemgericht naar een kracht- en ontwikkelingsgerichte visie en werkwijze) maar ook moet de organisatie er op aangepast worden (bijvoorbeeld EPD en integratie in teambesprekingen).

Implementatie

Implementatie bestaat uit een basistraining van twee dagen gevolgd door coaching. De basistraining kan binnen drie maanden afgerond worden. Implementatie wordt verder geborgd door een protocollaire vorm van casuïstiek bespreking en het periodiek meten met de fideliteitschaal.

Kosten

De prijs van een Basisopleiding Strengths Model is € 9.500,--. De prijs behelst scholing van maximaal 16 deelnemers in het Strengths Model . De scholing telt twee trainingdagen en drie keer een coachingsbijeenkomst in twee subgroepen van maximaal 8 deelnemers. De coachingsbijeenkomst duurt drie uur. Het totaal aantal contacturen is 21 uur, de uitvoeringsuren bedragen 30 uur. Deze opleiding wordt op locatie uitgevoerd. De prijs is onder voorbehoud van wijzigingen en afwijkingen m.b.t. de wensen van de opdrachtgever en betreft het prijspeil van 2015.

Uitgaande van een inzet van gemiddeld 2 uur per week, en een doorloop van maximaal een jaar, bedragen de kosten voor de uitvoering naar schatting maximaal 5000 euro per cliënt.

4. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek praktijkervaringen

In Nederland zijn enkele ervaringen beschreven, o.a. bij GGz Noord-Holland Noord (Van Wezep & Michon, 2011) en bij Emergis in Zeeland.

In het kader van het transitieproject Langdurende Zorg (TPLZ) hebben twee FACT wijkteams van de GGz Noord-Holland-Noord de krachtenmethodiek aan de FACT-werkwijze toegevoegd. Uit onderzoek in de V.S. blijkt dat het toepassen van het Strengths Model binnen het ACT-model significant betere resultaten oplevert dan het ACT-model alleen (zie onder 5; Barry et al. 2003). Een van de doelen van het project binnen GGz Noord-Holland-Noord was dat mensen met een ernstige psychiatrische aandoening meer meedoen in de maatschappij. De krachtenmethodiek sluit goed aan bij dit doel. Het blijkt dat de invoering van de methodiek nogal wat vraagt. Niet alleen gaat het om een geheel andere wijze van werken (paradigmashift) maar ook moet de organisatie er op aangepast worden (bijvoorbeeld EPD en integratie in teambesprekingen).

Het spreken over mogelijkheden en kwaliteiten leidt tot nieuwe invalshoeken. Hulpverleners geven aan dat de gesprekken prettiger verlopen en nieuwe informatie opleveren. Cliënten merken dat er andere gesprekken gevoerd worden. 'Mijn hulpverlener zei: "Ben je ermee akkoord dat we het nu heel anders gaan doen? We hebben een nieuwe opdracht en we gaan kijken waar je kracht ligt". Ik merkte dat ik het veel leuker vind dan telkens maar over problemen te praten. Je komt ook veel meer over jezelf te weten. De mogelijkheden komen nu meer aan bod. Dat was vroeger wel anders.' 'Door de vragen en het gesprek dat daardoor ontstond, kwamen veel herinneringen naar boven. Sommige om enthousiast van te worden en andere om je verdrietig van te voelen. Maar wat overheerst is "Yes, ik ga er weer voor"! Ik dacht: "Hoe is het mogelijk, ik heb niet alleen maar minpunten maar ik heb ook pluspunten". Ik sta er veel meer bij stil dan vorig jaar. Hierdoor voel je je dan ook volwaardiger en beter.' De meeste geïnterviewden hebben wel een wens: weer betaald werk vinden, onafhankelijker worden, iets met een website doen, vrijwilligerswerk doen, gezond blijven of een nieuwe woning zoeken.

In het kader van de verbeterprojecten Zorg voor Beter (landelijk ZonMW-programma herstelgerichte zorg voor langverblijvers en herstel & sociale participatie) zijn in 2009 en 2010 enkele andere teams (van Emergis, Duin & Bollen en Promens Care) met het krachtenmodel gaan werken. De evaluaties laten goede resultaten zien. Zelfs cliënten die al jarenlang bij de hulpverlening bekend zijn tonen onvermoede mogelijkheden voor een betere kwaliteit van leven. Bij Emergis lukte het een afdeling met behulp van het krachtenmodel om 18 van de 23 langverblijvende cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen te begeleiden naar open afdelingen, beschermende woonvormen of naar huis (Wilken, Bähler & Van Meel, 2011).

5. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

In Nederland is slechts één studie bekend (Van Wezep & Michon, 2011). Dit betreft een evaluatie (kwalitatief en kwantitatief) van de invoering van het Strengths Model bij de GGZ Noord-Holland Noord. Het onderzoek laat een aantal positieve resultaten zien, al kwam het onderzoek te vroeg na de eerste trainingen die aan de hulpverleners gegeven waren, zodat men nog volop bezig was de methodiek in de vingers te krijgen. Cliënten geven aan tevreden te zijn over de (nieuwe) benaderingswijze van de hulpverleners.

A: Van Wezep & Michon (2011)

B: Voor- en nameting, zonder controlegroep; ongeveer een jaar tussen beide metingen; N=45.

C: Positieve bevindingen:

- Bijna 40% van de cliënten zegt meer sociale contacten te hebben gekregen;
- Ruim 40% van de cliënten geeft aan actiever te zijn geworden;
- Cliënten gingen meer "op zichzelf vertrouwen", volgens de scores op het gelijknamige item van de 'empowerment' vragenlijst;
- De tevredenheid met vriendschappen, een van de gemeten aspecten van kwaliteit van leven, is significant verbeterd ten opzichte van de beginmeting.

De gunstige resultaten wat sociale contacten en activiteiten buitenshuis betreft zijn niet duidelijk terug te vinden in de scores op vergelijkbare items.

Zo zagen de onderzoekers geen significante veranderingen ten aanzien van het hebben van een goede vriend en het aantal contacten met familie, vrienden, kennissen en burens. Ook zijn er geen duidelijke veranderingen gevonden in het aantal uren dat cliënten aan activiteiten buitenshuis besteden.

Onderzoek in het buitenland

We bespreken hier de belangrijkste studies die zijn gedaan naar het Strengths Model: een meta-analyse, twee RCT's en drie quasi-experimentele studies.

A. Ibrahim, Michail en Callaghan (2014)

B. Meta-analyse. RCT's en quasi-experimentele studies zijn meegenomen waarin de impact van de Strengths benadering op mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) is vergeleken met andere zorgmodellen. Deelnemers in deze studies waren allen gediagnostiseerd met een psychotische stoornis. Uitsluitend Engelstalige studies zijn meegenomen. Primaire uitkomstmaten waren niveau van functioneren en kwaliteit van leven; secundaire uitkomstmaat was de mate van psychotische symptomen.

Vijf studies (4 RCT's en 1 quasi-experimentele studie) werden geïncludeerd; in totaal waren dit 194 personen met EPA. Vier studies waren in de VS uitgevoerd; één in Zweden. De Strengths benadering werd vergeleken met ACT, standaard zorg (intra- en extramurale zorg en dagbehandeling), traditionele *community services* en psychosociale rehabilitatie.

C. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de Strengths benadering en de andere zorgmodellen wat betreft niveau van functioneren en kwaliteit van leven. Een significant effect ten gunste van de controlegroep is gevonden voor wat betreft psychotische symptomen. De auteurs geven aan dat het bewijs in deze meta-analyse matig is, onder andere vanwege het kleine aantal studies, de lage methodologische kwaliteit van de studies en het ontbreken van een heldere beschrijving van de Strengths benadering in de verschillende onderzoeken.

Van de vijf studies die geïncludeerd zijn in de meta-analyse van Ibrahim (2014) zijn er twee ouder dan 1994. Deze zijn niet opgenomen in deze beschrijving. De overige drie studies bespreken we hieronder als aanvulling op de meta-analyse, omdat de uitkomstmaten niet geheel hetzelfde zijn en in de afzonderlijke studies wel positieve effecten zijn gevonden.

- A. Barry et al. (2003)
 - B. Quasi-experimentele studie; over een periode van twee jaar werden elk half jaar metingen verricht bij patiënten die ACT kregen; een deel kreeg traditionele ACT en een deel het Strengths programma ingepast in ACT. Bij de follow up na twee jaar was het aantal participanten 174 (77% van het oorspronkelijke aantal); 81 in de Strengths groep en 93 in de traditionele ACT groep.
 - C. Het toepassen van het Strengths Model binnen het ACT-model leidt tot betere resultaten dan het ACT-model alleen. Deelnemers aan Strengths hadden na twee jaar significant minder psychiatrische symptomen dan deelnemers aan ACT alleen. In beide groepen verminderde het aantal opnamedagen.
-
- A. Björkman, Hansson en Sandlund (2001)
 - B. RCT; 77 cliënten met een psychische aandoening en beperkingen in functioneren op het gebied van sociale contacten, wonen of werken, werden toegewezen aan casemanagement volgens het Strengths model of aan standaard zorg. De follow-up periode was 36 maanden.
 - C. Deelnemers aan Strengths hadden een grotere afname van zorgbehoeften, hadden minder opnamedagen en waren meer tevreden over de zorg die ze kregen dan deelnemers uit de controlegroep. Er zijn geen verschillen gevonden als het gaat om klinische of sociale uitkomsten.
-
- A. Macias et al. (1994)
 - B. RCT onder mensen die in behandeling waren voor ernstige psychiatrische aandoeningen; 20 personen kregen Strengths in combinatie met psychosociale rehabilitatie; 21 personen kregen alleen psychosociale rehabilitatie. De tijd tussen voor- en nameting was 18 maanden.
 - C. Positieve resultaten: minder opnames, beter sociaal functioneren, minder psychiatrische symptomen, minder belasting van familieleden. Er werden geen resultaten gevonden voor sociale steun en cliënttevredenheid met de behandeling. Er werden geen negatieve effecten gevonden.

De volgende twee studies zijn niet meegenomen in de meta-analyse van Ibrahim e.a. (2014) omdat er data ontbraken die nodig waren om een effect size te berekenen. Beide studies laten positieve effecten zien:

- A. Macias et al. (1997)
 - B. Quasi-experimenteel onderzoek onder mensen die in behandeling waren voor ernstige psychiatrische aandoeningen; 48 personen kregen Strengths en 49 personen de standaard zorg. De tijd tussen voor- en nameting was 9 maanden.
 - C. Positieve resultaten: minder afhankelijk van residentiële voorzieningen, minder psychiatrische symptomen, meer sociale steun. Er werden geen negatieve effecten gevonden.
-
- A. Stanard (1999)
 - B. Quasi-experimenteel onderzoek onder mensen die in behandeling waren voor ernstige psychiatrische aandoeningen; 29 personen kregen Strengths en 15 personen de standaard zorg. De tijd tussen voor- en nameting was 3 maanden.

- C. **Positieve resultaten: hogere kwaliteit van leven, beter arbeidsfunctioneren en meer afhankelijk van residentiële voorzieningen. Er werden geen resultaten gevonden voor het aantal opnames. Er werden geen negatieve effecten gevonden.**

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur, en gebruik hiervoor de APA-normen (met kleine letters).

- Anthony, W.A., Cohen, M.R. & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Barry, K.K., Zeber, J.E., et al. (2003). Effects of strengths model versus assertive community treatment model on participant outcomes and utilization: Two year follow-up. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 268-277.
- Beenackers, A., Bruins, B.E.E. & Prins, F.S. (1996). Blinde versterking. Klachten verhelpen zonder er op in te gaan. *MGv*, 6-96, 607-618.
- Bond, G.R., Salyers, M.P. et al. (2004). How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Mental Health Journal*, 40, 569-588.
- Delespaul, P. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438.
- Den Hollander, D. & Wilken J.P. (2011). *Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP.
- Germain, C.B. (1991). *Human behaviour in the social environment: An ecological view*. New York: Columbia University Press.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken; werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Boom.
- Pelleboer-Gunnink, H.A., Van Weeghel, J. & Embregts, P.J.C.M. (2014). De capability benadering: reële mogelijkheden tot participatie. *NTZ* 40 (3), 224-238.
- Powell, I. (2009). *What is this thing called recovery?* Atlanta: Appalachian Consulting Group.
- Rapp C.A. & Goscha, R.J. (2012). *The Strengths Model. A recovery-oriented approach to mental health services*. New York: Oxford University Press.
- Regenmortel T. van (2002). *Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco.
- Ridgway, P. A. (2001). Re-storying psychiatric disability: Learning from first person narrative accounts of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Process: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Shazer, S. de, & Dolan, Y. (2009). *Oplossingsgerichte therapie in de praktijk. Wonderen die werken*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Sheldon, K.M. & Elliot, A.J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 482-497.
- Sherraden, M. (2005). *Inclusion in the American dream: Assets, poverty, and public policy*. New York: Oxford University Press.
- Van Wezep, M. & Michon H. (2011). *Op krachten komen! Evaluatie van de implementatie van de strengths aanpak bij GGZ Noord-Holland Noord*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wilken, J.P. (2004). Het Strengths Model van Rapp. Werken vanuit de kracht van cliënt en samenleving. *Passage*, 13 / 3, pp. 4-15.
- Wilken, J.P., Bähler, M. & Meel, T. van (2011). Het Krachtenmodel. Wat mogelijkheden allemaal mogelijk maken. In: Rooijen, S. van & Weeghel, J. van (2011). *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011*. Amsterdam: SWP, pp. 103-118.
- Wilken J.P. & D. den Hollander (red.) (2012). *Handboek integrale rehabilitatiebenadering. Theorie en praktijk van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP, p. 17-30.
- Wilken, J.P. (2010). *Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP.
- Wolf, J. & C. Jansen. (2011). *Krachtwerk: basismethodiek in de vrouwenopvang*. Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud.

Wolf, J. (2012). *Herstelwerk: een krachtgerichte basismethodiek voor kwetsbare mensen*. Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud.

BIJLAGE Voorbeeld Strengths Assessment

Strengths Assessment

Naam cliënt

Naam case manager

David

Rick

Huidige Krachten Hoe ziet het leven er nu uit? Wat is beschikbaar?	Wensen en ambities: Wat wil ik?	Vroegere Krachten Wat was de situatie hiervoor? Waarvan heb ik in het verleden gebruikt gemaakt?
Thuis / dagelijkse leefsituaties		
Ik woon nu in een woonvorm van de GGz. (Ik wil hier niet wonen, maar het is beter dan een daklozenopvang). Ik hou van hamburgers, broodjes shoarma etc. Kan zelf shoarma klaar maken. Heb een buskaart.	Ik wil een plek voor mezelf. Ik wil leren meer eten zelf klaar te maken. Ik heb nieuwe schoenen nodig!	Ik woonde in groepswooning nr. 7 in Assen (haatte dit!- kon alleen TV kijken tot 9 uur 's avonds; anderenj bepaalden wat je kon kijken en wanneer je naar bed ging).
Financiën/Verzekering		
Uitkering 800 euro per maand (meeste gaat op aan AWBZ bijdrage) Ik krijg mijn uitkering via een maatschappelijk werker van de instelling. Ik krijg €35 zakgeld per week. De rest moet ik sparen (Ik heb geen spaargeld nodig, maar eten.)	Ik wil zelf mijn geld beheren (Zij spelen met mijn geld en dat is niet goed) Ik wil meer geld om de dingen te doen die ik wil.	Ma beheerde mijn geld tot ze te ziek werd. Toen ging het beheer naar de groepswooning. Ma gaf me vaak extra geld.
Werk/Opleiding/Speciale kennis		
Op de dagbehandeling krijg ik trainingen symptoom management, geldbeheer enz. (Deze dingen helpen me niets).	Ik wil een baan. Ik wil weg uit het dagprogramma.	In het ziekenhuis schrobde ik vloeren en maakte ik badkamers schoon. Dit kon ik goed. Soms heb ik de afwas gedaan in de keuken.
Steunende relaties		
Tony – huisgenoot (soms leggen we geld bij elkaar om films te huren) Ik kan niet opschieten met mijn andere huisgenoten. Zij zijn vreemd, er is echt iets mis met ze.	Ik zou best getrouwd willen zijn. Er is een meisje bij het dagprogramma die ik aardig vind. Zij vindt me ook aardig. De begeleiding vindt dit maar niets. Ze zeggen dat je geen afspraakjes kan maken als je in dagbehandeling zit. Ik wil haar mee uit vragen als ik hier weg ben.	Ma – ze was er altijd voor mij. Kon nooit goed opschieten met pa. <i>Oom (Harm) – we gingen wel eens vissen. Hij verhuisde hier naar Amsterdam toen ik klein was, maar ik weet niet waar hij nu is.</i>
Welzijn en Gezondheid		
Ik ben gezond, maar mijn gebit doet pijn.	Mijn gebit moet nagekeken worden. Ik denk dat er een paar	Ik had astma toen ik klein was, maar nu gaat het beter, zolang ik

Medicatie (Haldol) maakt me sloom en soms lijkt het dat ik uit mijn hoofd kom. 's Nachts gaat het beter.	tanden of kiezen getrokken moeten worden. Ik wil stoppen met de medicijnen. Ik hou niet van de bijwerkingen.	maar niet te hard loop als het buiten koud is.
Vrije tijd / Recreatie		
Ik hou er van TV te kijken – oude westerns, John Wayne films. Ik kijk elke film die op TV komt. Tony en ik huren films. Hij houdt van komedies, maar ik hou van actie (maakt echter niets uit). Ik weet veel van films.	Ik wil een eigen TV in mijn kamer. Ik heb genoeg gespaard om er een te kopen, maar ze zeggen dat ik mijn geld daar niet voor mag gebruiken. <i>Ik wil een dvd-speler.</i>	<i>Vroeger ging ik veel vissen</i> Ik had mijn eigen hengel en visspullen. Ik ging naar een bioscoop toen ik kind was, soms met mamma soms met vrienden.
Spiritualiteit/Cultuur		
	Een keer naar een popconcert van Dolly Parton gaan zou ik gaaf vinden.	Mijn familie ging naar de kerk toen ik jong was. Ik hield er niet van naar de kerk te gaan.

Wat zijn mijn prioriteiten?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Ik wil een baan | 3. Ik wil af van de dagbehandeling |
| 2. Ik wil mijn eigen geld beheren | 4. Ik wil een eigen woonplek |

Opmerkingen cliënt:	Opmerkingen case manager: <i>David is een erg grappige vent. Hij vertelt fantastische verhalen. Ik heb nog nooit iemand ontmoet die zoveel van films weet (hij weet van bijna iedere film wie de hoofdrollen spelen).</i>
Handtekening cliënt: Datum:	Handtekening case manager: Datum: