

# **Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen**

## **Werkblad beschrijving interventie**

# Colofon

## Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander  
Adres p/a Postbus 85397  
Postcode 3508 AJ  
Plaats Utrecht  
Email jean-pierre.wilken@hu.nl  
Telefoon 088-4819831  
Website van interventie

## Referentie

Naam auteur Sascha van Gijzel in samenwerking met Jean Pierre Wilken en Cora Brink.  
Titel interventie  
Databank  
Plaats, instituut  
Datum

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.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties:



# Inhoud

<b>Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen .....</b>	<b>1</b>
Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	6
1. Probleemomschrijving.....	6
2. Beschrijving interventie.....	8
3. Onderbouwing.....	14
4. Uitvoering.....	17
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	21
6. Onderzoek naar de effectiviteit .....	26
7. Aangehaalde literatuur .....	27

# Samenvatting

---

## Doelgroep

Het SRH is gericht op mensen met psychosociale beperkingen die door hun beperkingen niet volwaardig mee kunnen doen aan de samenleving.

---

## Doel

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) ondersteunt mensen met psychische en sociale kwetsbaarheid zodat zij:

- Beter kunnen omgaan met kwetsbaarheid en hun talenten en mogelijkheden kunnen versterken en benutten.
  - Doelen kunnen realiseren met betrekking tot kwaliteit van leven op het gebied van wonen, werken, leren en recreëren (levensdomeinen) en op het gebied van gezondheid, zelfmanagement, veiligheid en sociale relaties.
  - Kunnen participeren in de door hen gewenste omgevingen, door het zo groot mogelijk maken van de kwaliteit van leefomgevingen en sociale netwerken.
- 

## Aanpak

De basisprincipes van het SRH kunnen samengevat worden als: presentiegericht, herstelgericht en krachtgericht. De professional streeft naar het realiseren van een werkzame persoonlijk-professionele relatie. Hierbij is hij gericht op het bieden van ondersteuning bij het persoonlijke en sociale herstelproces. Krachtgericht houdt in dat er wordt gezocht naar versterking van de mogelijkheden in de cliënt en in de (natuurlijke) omgevingen van de cliënt die een bijdrage kunnen leveren aan het herstel- of ontwikkelingsproces.

De aanpak bestaat uit 6 stappen:

1. opbouwen en onderhouden van een 'werkzame' relatie;
2. verzamelen van informatie en met de cliënt een Persoonlijk Profiel maken;
3. cliënt helpen wensen te formuleren, keuzes te maken en doelen te stellen;
4. cliënt helpen een Persoonlijk Plan te maken (inclusief Ondersteuningsplan);
5. plan helpen uitvoeren;
6. proces volgen; leren, evalueren en bijstellen,

De duur van de interventie en de frequentie en intensiteit van de contacten verschillen per persoon en per setting. Hoewel er een zekere volgorde zit in deze activiteiten, zijn het niet allemaal afgebakende stappen. Zo gaat het opbouwen en borgen van een werkzame relatie door gedurende het gehele proces. De handelingen van de professional worden voortdurend afgestemd op wat de cliënt en de situatie vragen, maar hij blijft tegelijkertijd toekomst- en ontwikkelingsgericht werken.

---

## Materiaal

De methodiek is beschreven in *Zo worden cliënten burgers; praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen* door Dirk den Hollander en Jean Pierre Wilken en in 2011 uitgegeven door Uitgeverij SWP in Amsterdam. Het boek beschrijft stapsgewijs de methodiek inclusief diverse praktische instrumenten en besteedt aandacht aan de algemene basiswerkwijze van het SRH. In 2015 verscheen de 5<sup>de</sup> druk.

*Handboek Integrale Rehabilitatiebenadering. Theorie en Praktijk van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*, onder redactie van Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander, uitgegeven in 2012 door Uitgeverij SWP in Amsterdam.

Dit handboek beschrijft verschillende facetten van de integrale rehabilitatie en beschrijft achterliggende theorieën en praktijktoepassingen. Naast de theoretische achtergronden en wetenschappelijk bewijs voor de werking wordt aandacht gegeven aan de toepassing van het SRH bij specifieke doelgroepen op basis van onderzoek en ervaringen van professionals.

*Kleine Gids SRH* door Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander, in 2014 uitgegeven door Uitgeverij SWP in Amsterdam. Deze publicatie bevat in schematische vorm de belangrijkste principes en aspecten van de methodiek.

## **Onderbouwing**

Het SRH werkt vanuit drie theoretische kaders: presentiebenadering, herstelondersteunende zorg en empowerment (Wilken & Den Hollander, 1999, 2005; Den Hollander & Wilken, 2011; Wilken & Den Hollander, 2012). Geïnspireerd op de presentiebenadering is de grondhouding van de professional binnen het SRH 'er zijn' voor de cliënt. Invloeden van de herstelbeweging binnen het SRH zijn terug te zien doordat de vijf pijlers van het herstelproces centraal staan, namelijk: motivatie, identiteit, kennis en vaardigheden, status en betekenisgeving, sociale en materiële steun (Wilken, 2010). Een uitwerking van de empowermentgedachte voor rehabilitatie en herstel, die toegepast wordt binnen het SRH, is het Krachtenmodel (Strengths Model) (Rapp en Goscha, 2006; Wilken, 2004, Wilken, Bähler & Van Meel, 2010).

---

## **Onderzoek**

Er zijn meerdere evaluatieonderzoeken naar SRH gedaan. Daaruit blijkt dat SRH professionals handvatten, instrumenten en een kader geeft die het mogelijk maken beter te communiceren en doelgericht samen te werken met de cliënt en met collega's (Pols, et al, 2001, Den Hollander & Zewuster, 2005, Dankers & Wilken, 2007). Het SRH doet zowel recht aan de behoefte van de cliënt aan een ondersteunend milieu als aan de behoefte om eigen doelen in het leven na te streven. Er is na implementatie van SRH meer aandacht voor de relatie met de cliënt en diens mogelijkheden, wensen en krachten. Het eerste wat verandert is de houding van de professional ten opzichte van de cliënt; er is sprake van meer respect en wederzijds begrip (Pols, et al, 2001, Wilken & Duurkoop, 2002, Gofers, et al, 2002). Het SRH neemt de tijd, wat praktische voorwaarden van financiers soms in de weg staat (Wilken & Dankers, 2007). Toepassing van het SRH zorgt voor afname van de zorgintensiteit en toename van zelfredzaamheid van de cliënt. Dit draagt bij aan meer tevredenheid onder cliënten en minder ziekteverzuim van professionals (Pols, et al, 2001; Gofers, et al, 2002, Merks & Gillissen, 2005).

Cliënten ervaren de benadering van professionals die werken volgens het SRH als respectvol, positief en ondersteunend. Professionals sloten goed aan bij de persoon, bij de wensen en behoeftes die op dat moment belangrijk waren in het herstelproces, spraken hen aan op hun mogelijkheden en leerden hen om te gaan met belemmeringen (Wilken, 2010).

Er zijn twee veranderingsonderzoeken gedaan naar de effecten van het SRH, beide in een psychiatrisch ziekenhuis.

Wilken en Duurkoop (2001) constateren twee jaar na invoering van SRH dat hoewel de kwaliteit van leven van betrokken cliënten niet significant is toegenomen, 50% van de cliënten het ziekenhuis heeft verlaten, waarvan het merendeel naar beschermde en begeleide woonvormen. De intensiteit van de zorg was significant afgenomen.

Merks en Gillissen (2005) constateren dat het SRH heeft geleid tot een sterke afname van crisissituaties en separaties. Het gebruik van de signaleringsplannen, belangrijk binnen SRH, helpt cliënten veranderingen in de eigen situatie te signaleren en de afspraken die in het plan worden opgenomen leiden tot meer controle en stabiliteit.

# Uitgebreide beschrijving

---

## 1. Probleemomschrijving

---

### **Probleem**

Er zijn mensen die zich in onze samenleving niet alleen staande kunnen houden en die aangewezen zijn op professionele hulp en begeleiding. Soms gedurende kortere periodes in hun leven, soms voor lange tijd. Hun behoefte aan begeleiding en zorg is soms complex, meestal omdat er meerdere dingen door elkaar lopen, zoals een psychiatrische aandoening, werkloosheid en sociaal isolement.

### **Kwetsbaarheid en stressfactoren**

Binnen het SRH wordt er gesproken over de kwetsbaarheid van de mens in de zin dat de mens per definitie kwetsbaar is. De kwetsbaarheid van mensen kan beïnvloed worden door psychische en lichamelijke factoren en kan leiden tot beperkingen in het uitoefenen van activiteiten en voor deelname aan het maatschappelijk leven. Mensen die lijden aan een langdurige psychiatrische aandoening zijn vaak in meerdere opzichten kwetsbaar en gevoeliger voor specifieke stressfactoren. Dit kunnen zowel interne stressfactoren zijn (stress die in het eigen lichaam ontstaat) als externe stressfactoren (stress die veroorzaakt wordt door prikkels uit de omgeving). Er is altijd sprake van een wisselwerking tussen biologische, psychologische en maatschappelijke factoren. Voorbeelden van bronnen van stress zijn; hallucinaties en wanen, lichamelijke factoren, emoties, sociale druk, dagelijkse ongemakken, complexe handelingen, plotselinge gebeurtenissen. Deze factoren kunnen beperkend werken op drie niveaus: psychische en biologische functies, activiteiten en participatie (WHO, ICF, 2001 in: Wilken en Den Hollander, 2011). Het SRH richt zich op herstel van psychisch functioneren door mensen te helpen om te gaan met hun kwetsbaarheid. Het richt zich op het ontwikkelen van zinvolle activiteiten en participatie in de samenleving. In dit kader wordt aandacht besteed aan arbeidsparticipatie en het doorbreken van sociaal isolement.

### **Veerkracht**

Veel mensen bezitten daarnaast een ongekende veerkracht. Die veerkracht is de basis voor het natuurlijke herstelproces van mensen. In dat herstelproces gaat het over het herstellen en het gebruiken van krachten. Hoewel het herstelproces persoonlijk is, zijn anderen daar wel bij nodig. Dit kunnen mensen zijn die soortgelijke ervaringen hebben doorgemaakt, familie of vrienden en hulpverleners. Er is steeds meer kennis over welke steun iemand kan helpen bij zijn herstelproces: hoe kan de steun die door hulpverleners gegeven wordt op een doelgerichte, effectieve manier af worden gestemd op de wensen en behoeften van mensen in hun herstelproces. Het SRH is erop gericht het natuurlijke herstellervermogen van mensen te activeren en te ondersteunen.

### **Mismatch**

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. Hulpverleners zijn dikwijls gesocialiseerd in een 'klinisch model', waarbij de nadruk ligt op het beheersbaar maken van problematiek. Hierdoor lopen zij het risico niet goed aan te sluiten bij het perspectief van de cliënt, zijn behoeften en de door hem/haar beoogde doelen. Deze mismatch (waar onder andere op gewezen is door Goossensen en Oude Egberink, 2013) leidt tot vermindering van effectiviteit. Er is dus enerzijds sprake van ernstige psychische en sociale kwetsbaarheid en anderzijds van methoden van hulpverlening die relationeel onvoldoende aansluiten bij deze populatie, en te veel focussen op pathologie en afwijkend gedrag. Het SRH is een relationele wijze van hulpverlening, waarbij op basis van principes uit de presentietheorie een samenwerkingsrelatie wordt opgebouwd, die het kader vormt voor activiteiten gericht op herstel en participatie.

## **Spreading**

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 (Delespaul, 2013).

---

## **Gevolgen**

Als naast behandelinterventies niet ook interventies toegepast worden die gericht zijn op het vergroten van zelfredzaamheid en participatie, heeft dit als risico dat cliënten onnodig (vaak) gebruik maken van behandel- en opvangvoorzieningen, en derhalve de zorgkosten 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. Momenteel is veel klinische zorg vervangen door ambulante zorg, o.a. door het inzetten van (F)ACT teams. Een aantal FACT teams maakt gebruik van de methodiek van het SRH. Daarnaast ontwikkelen zich sociale wijkteams, waar o.a. hulpverleners afkomstig uit GGZ en Maatschappelijke Opvang deel van uitmaken die werken met het SRH. Er ontstaat gaandeweg een nieuwe 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijnsysteem van zorg en ondersteuning, waarbij de opgave is om zowel preventief, behandelgericht, ondersteunend als participatiegericht te werken. Belangrijk aandachtspunt is dat door de systeemwijziging er gaten vallen in de zorg, en dat er tevens een reductie is van financiële middelen terwijl er een groep mensen is die professionele zorg en ondersteuning nodig heeft. Als deze zorg in onvoldoende mate aanwezig is of mensen bereikt, heeft dit mogelijk consequenties in termen van ernstige zelfverwaarlozing, sociaal isolement en overlast.

---

## 2. Beschrijving interventie

### 2.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep**

Het SRH is gericht op mensen met psychosociale beperkingen die door hun beperkingen niet volwaardig mee kunnen doen aan de samenleving.

De methodiek is geschikt om toe te passen bij mensen die (langdurig) gebruik maken van: geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, forensische zorg, ouderenzorg, maatschappelijke opvang, zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen, zorg voor mensen met autisme, zorg voor jeugdigen en individuele trajectbegeleiding bij arbeid.

#### **Diversiteit**

Binnen het SRH is de mens en zijn wens het uitgangspunt voor de ondersteuning. De cliënt wordt benaderd in de context van zijn levensgeschiedenis, culturele en etnische achtergrond. Het vraagt van de werker respect voor 'anders zijn' en een grote mate van sensitiviteit voor alle aspecten van diversiteit. Hierin sluit het SRH aan bij het gedachtegoed van Kal (2001).

Doordat het SRH een basismethodiek is en er op basis van deze benadering diverse toepassingen voor specifieke groepen en settings ontwikkeld zijn, is het SRH geschikt voor iedereen met psychosociale beperkingen. Binnen het SRH wordt rekening gehouden met toepassing van de methode bij cliënten die bijvoorbeeld communicatief en sociaal minder vaardig zijn, onder meer doordat er voor diverse doelgroepen aparte hulpmiddelen beschikbaar zijn. Er is per sector een aparte variant van de basisopleiding SRH, met die hulpmiddelen die specifiek aansluiten bij de doelgroep binnen die sector. Zo kan de hulpverlener kiezen uit verschillende hulpmiddelen om te komen tot die benadering en mix van activiteiten die het beste aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt.

Daarnaast wordt er binnen het SRH ingespeeld op diversiteit door bijvoorbeeld een model van communicatiestrategieën aan te reiken. Dit model is een hulpmiddel om de communicatiestijl van de professional af te stemmen op de cliënt in een bepaalde situatie.

---

#### **Intermediaire doelgroep**

N.v.t.

---

#### **Selectie van doelgroepen**

Er zijn geen specifieke indicatie- of contra-indicatiecriteria voor deelname aan SRH.

---

### 2.2 Doel

#### **Hoofddoel**

Het doel van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) is het bieden van ondersteuning aan mensen met psychische en sociale kwetsbaarheid bij hun herstelproces, zodat zij zowel persoonlijk als maatschappelijk tot tevredenheid kunnen functioneren.

#### **Toelichting begrip herstel**

Er wordt onderscheid gemaakt tussen persoonlijk en sociaal herstel. Persoonlijk herstel heeft betrekking op het verwerken van wat gebeurd is en het leren omgaan met de kwetsbaarheid, en het opnieuw oriënteren op heden en toekomst. Sociaal herstel heeft te maken met participatie: weer meedoen in de samenleving. Het begrip 'participatie' staat centraal, omdat cliënten mee willen doen en, net als iedereen, mens onder de mensen willen zijn. Iemand die lang in zorg is geweest, moet dikwijls opnieuw de weg naar de samenleving vinden. Hij wil van cliënt weer burger worden. Herstel betekent dus ook: herstel van burgerschap. Dit is niet iets wat zich enkel afspeelt aan de kant van de persoon. Ook van de kant van de samenleving vraagt dit veel,



zoals acceptatie en gastvrijheid. Het SRH richt zich daarom niet alleen op het individu maar ook op de omgeving.

---

## **Subdoelen**

Aan het hoofddoel wordt gewerkt via drie onderling samenhangende subdoelen:

- realiseren van wensen en doelen met betrekking tot kwaliteit van leven.
- beter omgaan met kwetsbaarheid en het versterken van krachten.
- verkrijgen van toegang tot gewenste omgevingen en het zo groot mogelijk maken van de kwaliteit van leefomgevingen en sociale netwerken.

Het gaat bij het laatste om plaatsen waar de cliënt woont, werkt, leert of vrijetijdsbesteding heeft (of wil hebben) en de sociale netwerken waarvan de cliënt deel uitmaakt (of wil uitmaken).

---

## **2.3 Aanpak**

### **Opzet van de interventie**

#### **Visie**

De basisprincipes van het SRH kunnen samengevat worden als: presentiegericht, herstelgericht en krachtgericht. De professional streeft ernaar op een aandachtige en respectvolle wijze een betrekking aan te gaan met de cliënt, present te zijn. Het gaat om het realiseren van een werkzame persoonlijk-professionele relatie.

Hierbij is hij gericht op het bieden van ondersteuning bij het herstelproces. Dit proces kent een persoonlijke en een sociale dimensie. Binnen de persoonlijke dimensie wordt ondersteuning geboden bij het construeren van het levensverhaal als een middel om de eigen ervaringen van de cliënt centraal te stellen, en dat wat hij heeft meegemaakt een plek te kunnen geven. Hierbij is veel aandacht voor de eigen identiteit van de cliënt. Tevens gaat het bij herstel om zo goed mogelijk om te leren gaan met de beperkingen en de daarmee samenhangende kwetsbaarheid. Door deze activiteiten ontstaat ruimte voor sociaal herstel: het weer gaan functioneren als burger in de samenleving.

Krachtgericht houdt in dat er wordt gezocht naar versterking van de mogelijkheden in de cliënt en in de (natuurlijke) omgevingen van de cliënt die een bijdrage kunnen leveren aan het herstel- of ontwikkelingsproces (zie verder onderdeel 2.2).

#### **Kracht en kwetsbaarheid**

Binnen het SRH is er aandacht voor kwetsbaarheid en krachten, hoe cliënten nare ervaringen een plekje kunnen geven, beperkingen kunnen accepteren en hoe zij hiermee het beste om kunnen gaan door eigen krachten aan te boren en gebruik te maken van externe hulpbronnen. De professional speelt hierbij een belangrijke ondersteunende rol.

Binnen het herstelproces is het kennen en beheren van een 'persoonlijke niche' van belang. Dit kan zowel een fysieke als een psychologische ruimte zijn waarin de cliënt zich veilig voelt. Deze ruimte is strikt persoonlijk. Een goed beheer van de niche, bijvoorbeeld door gebruik te maken van goede copingstrategieën, helpt om een psychisch evenwicht te bewaren (Wilken, 2010).

#### **Werken met de omgeving**

Een omgeving of sociaal netwerk moet 'herstelondersteunend' zijn. Dat wil zeggen dat het netwerk enerzijds voldoende veiligheid moet bieden en anderzijds voldoende mogelijkheden voor ontplooiing en sociale participatie.

Toegang hebben tot gewenste omgevingen – een plek waar je wilt wonen, werken of vrije tijd besteden, waar je sociale contacten wilt aangaan – is belangrijk. Een professional die werkt volgens SRH biedt niet alleen goede individuele ondersteuning aan een cliënt, maar is ook altijd bezig verbindingen met de omgeving te maken, om participatie en inclusie te bevorderen. Om cliënten te helpen burger te worden, is het van belang ook de nodige actie richting de samenleving te ondernemen. Het gaat dan om het verbeteren van toegang (kwartiermaken) en het creëren van ondersteuning vanuit de samenleving (maatschappelijke ondersteuning). De professional is zowel deel van het persoonlijk steunsysteem van de cliënt als van een maatschappelijk steunsysteem, en levert een bijdrage aan de versterking van deze systemen. In het praktijkboek worden methodische stappen beschreven en diverse instrumenten aangereikt om de samenleving toegankelijker te maken en maatschappelijke ondersteuning te creëren.

## **Werkwijze**

De werkwijze van SRH bestaat uit de volgende stappen:

1. opbouwen en onderhouden van een 'werkzame' relatie;
2. verzamelen van informatie en met de cliënt een Persoonlijk Profiel maken;
3. cliënt helpen wensen te formuleren, keuzes te maken en doelen te stellen;
4. cliënt helpen een Persoonlijk Plan te maken (inclusief Ondersteuningsplan);
5. plan helpen uitvoeren;
6. proces volgen; leren, evalueren en bijstellen,

Zie voor een uitwerking hiervan onder 'Inhoud van de interventie'.

## **Duur en frequentie**

De duur van de interventie en de frequentie en intensiteit van de contacten verschillen per persoon en per setting. Hoewel er een zekere volgorde zit in deze activiteiten, zijn het niet allemaal afgebakende stappen. Zo gaat het opbouwen en borgen van een werkzame relatie door gedurende het gehele proces. De handelingen van de begeleider worden voortdurend afgestemd op wat de cliënt en de situatie vragen, maar hij blijft tegelijkertijd toekomst- en ontwikkelingsgericht werken. Het volgen van het proces is ook een continue activiteit. In het SRH wordt dit het tegelijkertijd werken in de dimensies van relatie, handeling en tijd genoemd. Deze dimensies dienen voortdurend op elkaar afgestemd te worden.

---

## **Locatie en uitvoerders**

De methode wordt uitgevoerd door hulpverleners binnen de langdurige zorg; vooral binnen instellingen voor beschermd wonen, bij mensen die begeleid zelfstandig wonen en binnen dagactiviteitencentra.

---

## **Inhoud van de interventie**

De kern van SRH bestaat uit het aangaan van de relatie, het aansluiten bij wensen en behoeften van de cliënt en het bieden van effectieve ondersteuning gericht op herstel en maatschappelijke participatie. Dit gebeurt met de volgende stappen:

### *1. Opbouwen en behouden van een werkzame relatie*

De professional werkt actief aan het opbouwen van een evenwaardige relatie met de cliënt. Deze relatie is cruciaal en vormt de basis voor het bieden van goede professionele ondersteuning. Richtinggevend voor het opbouwen van de relatie zijn de BAP-principes: basisveiligheid, actieve steun en persoonlijke ontmoeting. Deze principes zijn een uitwerking van de presentiebenadering. In het praktijkboek staat een model van communicatiestrategieën dat praktische handvatten biedt om een werkzame relatie op te bouwen.

### *2. Verzamelen van informatie en met de cliënt een persoonlijk profiel maken*

Als voorbereiding op het formuleren van wensen en doelen, wordt een persoonlijk profiel gemaakt. Het Persoonlijk Profiel dient om de cliënt en begeleider bewust te maken van de ervaringen, krachten en hulpbronnen waarover een cliënt beschikt op vier persoonlijke en vier levensdomeinen. Persoonlijke domeinen zijn: zelfzorg, gezondheid, zingeving en sociale relaties. Levensdomeinen zijn: wonen, werken, leren en recreëren.

De ervaringen, krachten en hulpbronnen zijn te vinden in het verleden en in het heden. Krachten uit ervaringen in het verleden kunnen bijvoorbeeld gevonden worden met de vraag: "Hoe hield je het vol?" In het heden wordt er vooral naar krachten gezocht in de omgeving van de cliënt: zijn woning, de buurt, familie en vrienden. Het werken aan het Persoonlijk Profiel is een proces; het profiel is nooit helemaal af. De professional werkt in het tempo van de cliënt.

Vanuit het persoonlijk profiel kunnen professional en cliënt een persoonlijk plan (zie punt 4) maken om te werken aan kwetsbaarheid en persoonlijke krachten en hulpbronnen uit de omgeving te mobiliseren. Beschermende factoren die de kwetsbaarheid kunnen verminderen zijn bijvoorbeeld coping vaardigheden, medicatie, sociale steun, bescherming en dagstructurering.

### *3. Cliënt helpen wensen te formuleren, keuzes te maken en doelen te stellen*

Een belangrijk uitgangspunt voor de begeleiding bij het SRH is aansluiten bij wensen die voor de cliënt belangrijk zijn omdat er een noodzaak, ambitie of passie mee verbonden is. De professional ondersteunt de cliënt bij het formuleren en verkennen van zijn wensen. Een wens heeft drie aspecten, de inhoud van de wens, de betekenis van de wens en de persoonlijke voorkeuren met betrekking tot de wens. De wensen die veel betekenen voor de cliënt, waar zijn passie en motivatie inzitten, dienen als uitgangspunt binnen het SRH. Aansluiten bij deze wens zorgt voor intrinsieke motivatie bij de cliënt. De persoonlijke voorkeuren maken concreet en inzichtelijk wat de cliënt zich bij de wens voorstelt. Het praktijkboek bevat een hulpmiddel voor het inventariseren van persoonlijke voorkeuren.

Wensen kunnen gericht zijn op het handhaven van een bestaande positieve situatie. Binnen SRH is er daarnaast altijd oog voor veranderingsmogelijkheden: het stimuleren van persoonlijke ontplooiing en verbetering van de kwaliteit van de omgeving.

Op basis van persoonlijk profiel en geformuleerde wensen, kiest de cliënt van welke wens hij een doel wil maken. In het SRH wordt een doel als het resultaat van de keuze van de cliënt beschouwd. Het vertalen van een wens in een doel is een proces, net als het maken van het persoonlijk profiel. In het SRH wordt er gestreefd naar het behalen van succeservaringen voor de cliënt en is het belangrijk om haalbare doelen op te stellen.

### *4. Een cliënt helpen een persoonlijk plan te maken*

Het geformuleerde doel is samen met het persoonlijk profiel de basis voor het persoonlijk plan. In het plan worden concrete stappen en activiteiten uitgezet om het doel van de cliënt te bereiken. Het plan bevat ook informatie over activiteiten van anderen in het steunsysteem zoals mantelzorgers en (andere) professionals. Het plan is in de woorden van de cliënt geschreven.

Naast het persoonlijk plan kan de professional zijn eigen handelingen specificeren in een persoonlijk ondersteuningsplan, bijvoorbeeld als dit door de instelling gevraagd wordt.

### *5. Uitvoeren van het persoonlijk plan*

Bij de uitvoering van het persoonlijk plan zijn het omgaan en accepteren van kwetsbaarheden aandachtsgebieden waar de professional de cliënt kan ondersteunen met behulp van instrumenten. De instrumenten signaleringsplan en crisiskaart kunnen gebruikt worden voor het herkennen en erkennen van waarschuwingssignalen of de in te zetten interventie in geval van een crisis.

In de uitvoering van het plan is veel aandacht voor krachten van de cliënt zelf, voor externe hulpbronnen en voor de omgeving van de cliënt. Het SRH beschrijft stappen en biedt instrumenten, zoals 'Het Vitamineprofiel', dat een professional kan gebruiken om een cliënt te matchen met een door hem gewenste omgeving of sociaal netwerk. De professional werkt voortdurend aan het maken van verbindingen met de omgeving. Het gaat dan om verbeteren van toegang tot, kwartiermaken, en het creëren van ondersteuning vanuit de samenleving.

### *6. Bijstellen van het persoonlijk plan*

Het persoonlijk plan is niet statisch, maar wordt op een flexibele manier gebruikt. Het tempo kan worden aangepast en de doelen bijgesteld op basis van de eerste ervaringen. Het is een cyclisch proces, waarbij leren, evalueren en bijstellen van belang zijn. Het behalen van succeservaringen is belangrijk. Eventuele afronding van en follow-up na het hulpverleningscontact worden afhankelijk van de wensen van de cliënt en de setting vormgegeven.

---

## **2.4 Ontwikkelgeschiedenis**

Het SRH is in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontwikkeld in Nederland, geïnspireerd door rehabilitatiebenaderingen uit Engeland en Amerika. Deze benaderingen waren gericht op het bereiken van belangrijke levensdoelen van cliënten via een evenwaardige samenwerking van cliënten, naastbetrokkenen en hulpverleners. In Nederland was er behoefte aan een toepassing van de rehabilitatiebenadering die goed aansloot bij de Nederlandse praktijk van veelal hoog opgeleide hulpverleners zoals verpleegkundigen en agogen.

SRH is in eerste instantie ontwikkeld voor volwassenen die gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg. Inmiddels is de toepassing verbreed naar andere doelgroepen, bijvoorbeeld dak- en thuislozen, ouderen en jeugdigen. Aanleiding voor deze verbreding waren vragen uit het veld.

## **Betrokkenheid doelgroep**

In de eerste ontwikkelfase van het SRH was de doelgroep indirect betrokken, bijvoorbeeld doordat hulpverleners feedback vroegen op de SRH-werkwijze. De laatste tien jaar zijn cliënten / ervaringsdeskundigen structureel betrokken bij onderzoek naar de methodiek en verbeteringen van de werkwijze.

---

## **Buitenlandse interventie**

SRH is ontwikkeld in Nederland, maar de ontwikkelaar heeft gebruikgemaakt van werkzame elementen uit buitenlandse rehabilitatiebenaderingen. Uit de Engelse rehabilitatiebenaderingen – onder meer van Douglas Bennett en Geoff Shepherd (Watts en Bennett, 1983; 1991; Shepherd, 1984) – is de aandacht voor aangepaste omgevingen van waaruit herstelprocessen van cliënten ondersteund kunnen worden overgenomen (zie hst 3).

Uit de Amerikaanse benaderingen (Boston University; Centre for Psychiatric Rehabilitation), in Nederland verspreid door de Stichting Rehabilitatie '92, is de aandacht voor de individuele en methodische steun aan cliënten (Anthony e.a., 1990; 2002; Korevaar en Droës, 2008) overgenomen. Anthony heeft aangetoond dat cliënten in staat zijn ontwikkelingsgerichte doelen te formuleren en dus deelnemer zijn in hun eigen leerproces. Binnen SRH is dit terug te vinden in de visie dat de wens/behoefte van de cliënt uitgangspunt moet zijn.

Voor het verbeteren van kennis en vaardigheden van cliënten vinden de ontwikkelaars ook inspiratie bij Robert Paul Liberman van de Universiteit van Los Angeles. Hij ontwikkelde een aantal gestructureerde trainingsmodules (Liberman, 2008; zie 2.5).

De bekende Maastrichtse psychiater Detlef Petry (Petry en Nuy, 1997) heeft de ontwikkelaars geïnspireerd tot aandacht voor de relatie. Hij is bij uitstek een levend voorbeeld van een hulpverlener die in de eerste plaats als mens naast zijn cliënten stond en hen jarenlang bleef vergezellen. Voor de concrete uitwerking van dit aandachtspunt hebben de ontwikkelaars gebruik gemaakt van de presentiebenadering (zie hst 3).

Ten slotte zijn Den Hollander en Wilken geïnspireerd door Basaglia en de zijnen in Italië (De Girolamo, 2008). Basaglia slaagde erin een maatschappelijk steunsysteem *avant la lettre* te creëren waardoor het psychiatrisch ziekenhuis overbodig werd. Het is een mooi voorbeeld van het gegeven dat cliënten in de eerste plaats burgers zijn. Basaglia benadrukt het belang van een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie, van een genormaliseerde omgeving en van mogelijkheden om deel te nemen. In het SRH zijn deze uitgangspunten terug te zien in de aandacht die wordt besteed aan de mogelijkheden die de samenleving biedt voor participatie van mensen met psychische beperkingen (zie hst 3).

---

## **2.5 Vergelijkbare interventies**

### **In Nederland uitgevoerd**

Worden in Nederland vergelijkbare interventies uitgevoerd, zo ver bekend? Welke?

Zijn deze opgenomen in één van de databanken met (potentieel) effectieve interventies ?

Naast het SRH zijn er ook andere interventies die gebaseerd zijn op rehabilitatieprincipes. In Nederland zijn de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en de Libermanmodules naast SRH de meest gebruikte rehabilitatiemethoden. De IRB wordt overigens vaak verward met de integrale rehabilitatiebenadering. Beide zijn opgenomen in de databank effectieve interventies Langdurige ggz.

---

### **Overeenkomsten en verschillen**

Wat zijn de belangrijkste overeenkomsten en verschillen (puntsgewijs)?

#### **Libermanmodules**

Libermanmodules zijn groepsgewijze vaardigheidstrainingen in het omgaan met aspecten van ziekte en in het ontwikkelen van vaardigheden op gebieden die van belang zijn in het kader van maatschappelijke activiteiten en participatie. De werkwijze van de Libermanmodules is gedetailleerd en geprotocolleerd. Dit

biedt houvast voor de deelnemer en professional. Libermanmodules kunnen binnen het SRH ingezet worden als activiteit in de uitvoeringsfase van het rehabilitatieproces.

### **IRB**

De IRB ondersteunt mensen bij hun zelf gewenste maatschappelijk rolherstel. Net als het SRH is IRB gericht op zowel het ontwikkelen van individuele vaardigheden als de ontwikkeling van omgevingssteun. De aandacht gaat eerst uit naar individuele vaardigheden en vervolgens naar de hulpbronnen. Actieve participatie van de cliënt bij het rehabilitatieproces wordt binnen de IRB vormgegeven met behulp van een stappenplan. Bij het verwerven en uitproberen van vaardigheden in de uitvoeringsfase maakt de IRB gebruik van een individuele vaardigheidstraining, waar het SRH vooral gericht is op het bieden en organiseren van allerlei vormen van praktische, sociale en morele steun. De werkwijze is geprotocolleerd, wat de cliënt en professional houvast biedt.

---

### **Toegevoegde waarde**

Wat is de toegevoegde waarde van deze interventie ten opzichte van hierboven genoemde vergelijkbare interventies in één van de databanken met (potentieel) effectieve interventies?

Binnen het SRH staat de algemene levenskwaliteit van de cliënt centraal. Het SRH combineert de werkzame elementen uit verschillende (rehabilitatie)methodieken. De professional heeft binnen het SRH de mogelijkheid te kiezen uit verschillende routes en daarbij passende werkwijzen en instrumenten. Dit maakt het mogelijk optimaal aan te sluiten bij de denk- en belevingswereld van het individu en de fase van het herstelproces waarin hij zich bevindt. Het SRH is in vergelijking met de Libermanmodules en IRB minder formeel en geprotocolleerd.

---

## 3. Onderbouwing

---

### Oorzaken

Er kunnen vele factoren zijn die een herstelproces belemmeren. Dit kunnen o.a. zijn: de psychische kwetsbaarheid zelf, een negatief zelfbeeld (incl. zelfstigmatisering), een gebrek aan zelfvertrouwen, een gebrek aan praktische en sociale vaardigheden, stigmatisering door de samenleving en armoede, bijvoorbeeld veroorzaakt door werkloosheid en schulden.

---

### Aan te pakken factoren

Door de focus op eigen kracht en ontwikkelingspotentieel, mogelijkheden van de omgeving en het behalen van eigen doelen, draagt de interventie bij aan dat mensen een positiever zelfbeeld ontwikkelen en beter gaan functioneren in de maatschappij.

Factoren die beïnvloed worden zijn:

1. Eigen kracht van de cliënt. Hierbij wordt via het opstellen van een persoonlijk profiel een systematische inventarisatie gemaakt van kennis, kunde (talenten), ervaringen, beschikbare externe persoonlijke bronnen zoals steunende familieleden en materiele bronnen zoals huisvesting. Door middel van deze inventarisatie in heden en verleden krijgt zowel cliënt als hulpverlener inzicht in welke leerervaringen en (potentiele) mogelijkheden er zijn.
2. Doelbepaling. Op basis van wensen op verschillende levensdomeinen wordt de cliënt geholpen prioriteiten en doelen te stellen. Dit werkt positief op intrinsieke motivatie.
3. Concretisering van plan van aanpak. Op basis van een doel wordt een persoonlijk 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. Ten slotte gaat het om het uitvoeren van het plan en het realiseren van de doelen. Hierbij kunnen naar gelang de situatie verschillende specifieke werkwijzen ingezet 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

Hiervoor verwijzen de ontwikkelaars naar (onderdelen van) de integrale rehabilitatiebenadering, de herstelbeweging, de presentiebenadering, krachtgericht werken, kwartiermaken en onderzoek naar milieu- of omgevingsgerichte interventies. Doordat deze zijn opgenomen in het SRH kunnen de volgende doelen bereikt worden:

- realiseren van wensen en doelen met betrekking tot kwaliteit van leven.
- beter omgaan met kwetsbaarheid en het versterken van krachten.
- verkrijgen van toegang tot gewenste omgevingen en het zo groot mogelijk maken van de kwaliteit van leefomgevingen en sociale netwerken.

### Integrale rehabilitatiebenadering

Het SRH is de methodische uitwerking van de zogenoemde *integrale rehabilitatiebenadering* (Wilken & Den Hollander, 1999, 2005, 2012). De integrale rehabilitatiebenadering (niet te verwarren, met IRB, de Individuele Rehabilitatie Benadering) staat voor een brede rehabilitatiebenadering waarbij de cliënt als mens centraal staat, inclusief zijn leefomgeving en sociale netwerk. Aangezien allerlei levensdomeinen met elkaar in verband staan, wordt bij SRH op meerdere gebieden ondersteuning geboden bij de verbetering van de kwaliteit van leven. Integraal staat ook voor de aandacht die de ontwikkelaars van SRH willen geven aan allerlei maatschappelijke factoren die de kwaliteit van leven beïnvloeden, zoals veiligheid, wet- en regelgeving en werkgelegenheid.

## **Herstelbeweging**

Binnen de *herstelbeweging* hebben ervaringsdeskundigen in allerlei landen het belang van begrip bij de hulpverleners voor en aansluiting bij het unieke proces van iedere persoon onder de aandacht gebracht (o.a. Deegan, 1996; Fisher, & Ahern, 1999). In Nederland is Wilma Boevink met het HEE-programma een belangrijke exponent van de herstelbeweging (Boevink e.a., 2006; Boevink, 2009). Onderzoek vanuit de herstelbeweging onderstreept het belang van presentie en een krachtgerichte benadering. Daarnaast heeft dit onderzoek inzicht gegeven in herstelfactoren. Deze kunnen geclusterd worden in een aantal categorieën (Wilken, 2010). Deze worden de vijf pijlers van een herstelproces genoemd:

- Motivatie: drijvende krachten voor herstel, zoals hoop, wensen en aspiraties.
- Identiteit: ontwikkeling van persoonlijke identiteit, o.a. door het construeren van het eigen levensverhaal en het ontdekken van persoonlijke krachten.
- Kennis en vaardigheden, o.a. competenties om met de beperking om te gaan en meer zelfregie te ontwikkelen.
- Status en betekenisgeving: ontwikkelen van zingevende activiteiten, gewaardeerde sociale rollen en positieve relaties.
- Sociale en materiële steun, waaronder lotgenotencontact, huisvesting, werk, professionele zorg en ondersteuning.

Deze pijlers zijn expliciet opgenomen in het SRH.

## **Presentiebenadering**

De presentiebenadering is ontwikkeld door Andries Baart (2001). Baart beschrijft de presentiebenadering als volgt:

“Karakteristiek voor de presentiebenadering is: er zijn voor de ander, alles draait om de goede en nabije relatie (veel meer dan om het kost wat kost wegpoetsen van problemen), om zorg, om de waardigheid van de ander, om de basale act van erkennen, zodat de ander – hoe gek, hoe anders ook – voluit in tel is, om wederzijdsheid (van hartelijkheid tot strijd), om alledaagse werkvormen, om verhalen, om nauwgezette afstemming op de leefwereld, om de wil de ander uit te graven, het beste van zijn of haar mogelijkheden waar te laten worden en niemand ooit af te schrijven (ook als zo ongeveer alles aan hem of haar niet meer deugen wil), om een soort voorzichtige traagheid en een zogeheten “latende modus” van werken die ruimte geeft aan wat zich niet maken of afdwingen laat.” (Baart, 2003, p. 2.)

De grondhouding van de professional is ‘er zijn’ voor de cliënt. Onder ‘er zijn’ verstaan de ontwikkelaars het aansluiten bij en het afstemmen op de cliënt en zijn leefwereld, op zoek naar betekenis en zingeving. Binnen het SRH wordt dit het werken binnen de relatiedimensie genoemd. Het gaat hierbij om het elkaar leren kennen en het opbouwen van een evenwaardige band. Een uitwerking van het presentiegerichte werken binnen het SRH zijn de BAP-principes; Basisveiligheid, Actieve steun en Persoonlijke ontmoeting.

## **Krachtgericht werken**

Het krachtgericht werken komt voort uit theorieën over empowerment. Een door onderzoek effectief gebleken uitwerking van de empowermentgedachte voor rehabilitatie en herstel is het Krachtenmodel (Strengths Model) dat in Kansas in de Verenigde Staten ontwikkeld is door Charlie Rapp en collega's (Rapp en Goscha, 2006; Wilken, 2004; Wilken, Bähler & Van Meel, 2010). In deze benadering staat krachtgericht werken centraal. De benadering legt een sterke nadruk op de aanname dat de cliënt in alles de regie heeft. Dit dwingt de professional voortdurend vanuit het perspectief van de cliënt te denken. Een ander sterk punt is dat niet alleen de mogelijkheden van de cliënt voortdurend voor op het netvlies staan, maar ook de mogelijkheden die de samenleving biedt. Deze inzichten versterken het SRH. Uit de methode van Rapp is het hulpmiddel van de krachteninventarisatie overgenomen en geïntegreerd in wat in het SRH het ‘Persoonlijk Profiel’ heet.

## **Aandacht voor de omgeving**

Geïnspireerd door Engelse rehabilitatiebenaderingen besteedt SRH veel aandacht aan de omgeving van cliënten. Uitgangspunt is dat een omgeving (of leefmilieu) een persoon in staat moet stellen goed te kunnen leven met zijn beperkingen en zich verder te kunnen ontplooiën. Binnen het SRH wordt op basis van de wensen en persoonlijke voorkeuren van de cliënt gekeken welke omgeving bij hem past. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een omgevingsprofiel, een analyse van het sociale netwerk en een vitamineprofiel van een herstelbevorderende omgeving. Vervolgens kan een hulpverlener activiteiten, zoals kwartiermaken, in de maatschappelijke omgeving ondernemen die de cliënt ondersteunen bij het verkrijgen van de gewenste omgeving en het versterken van zijn sociale netwerk.

Uit het onderzoek van Pols et al. (2001) blijkt dat de in SRH opgenomen milieu- of omgevingsgerichte interventies, zoals het normaliseren van de leefomgeving en gelijkwaardige samenwerkingsrelaties tussen cliënten en medewerkers, terugval verminderen en de autonomie van cliënten vergroten.

### **Kwartiermaken**

Een belangrijke manier om toegang te krijgen tot gewenste omgevingen is de methode kwartiermaken (Kal, 2001). Kwartiermaken kan in meest brede zin beschouwd worden als het creëren van ruimte in de samenleving voor mensen die 'anders' zijn. Kwartiermaken richt zich op het ondersteunen van kwetsbare burgers om sociale bindingen aan te gaan die zij zelf waardevol vinden. Het concept kwartiermaken is ontwikkeld door Doortje Kal (2001) in een onderzoek naar sociale participatie van mensen met een psychiatrische achtergrond. Kwartiermaken is het appelleren aan maatschappelijk besef en verantwoordelijkheid in het openstaan voor mensen die deelname aan de samenleving niet (altijd even) als vanzelfsprekend ervaren. Bekende begrippen in het kwartiermaken zijn: het werken aan ruimte voor mensen met een beperking, het creëren van gastvrijheid en gastvrije niches.

De integrale rehabilitatiebenadering, waarop het SRH is gebaseerd, richt zich ook op het beïnvloeden van voor de cliënt belemmerende factoren die hun oorsprong hebben in maatschappelijke structuren, zoals wet- en regelgeving en opvattingen in de samenleving die stigmatiserend zijn voor mensen met beperkingen.

Herstel en participatie kunnen hierdoor behoorlijk geblokkeerd worden.

Een professional die binnen het SRH kwartier maakt bemiddelt als het ware tussen de wensen van de cliënt en de samenleving, door te onderzoeken of de door de cliënt gewenste omgeving een passende sociale niche zou vormen, door te werken aan ruimte voor diversiteit en gemeenschappelijkheid, door benodigde en aanwezige hulpbronnen in te zetten en door als 'tolk' te fungeren.

---

### **Werkzame elementen**

- Het werken aan wensen en doelen van de cliënt, zodat de kwaliteit van leven toeneemt (1, 2, 3)
- De mens en zijn wens zijn het uitgangspunt voor de ondersteuning (1, 2, 3)
- Presentiegericht: de professional gaat op een aandachtige, gelijkwaardige en respectvolle wijze contact aan met de cliënt (1, 2, 3)
- Persoonlijk herstel: het leren omgaan met de eigen kwetsbaarheid en het herstellen van de eigen identiteit (1, 2, 3, 4)
- Krachtgericht: het versterken van de eigen mogelijkheden van de cliënt en de omgeving (1, 2, 3)
- Sociaal herstel: meedoen aan de samenleving en het verbeteren van de toegang toe en het vergroten van de kwaliteit van de leefomgevingen en sociale netwerken (1, 2, 3)
- Zo autonoom mogelijk bestaan door ondersteuning op alle levensgebieden waar dit nodig is (1, 2, 3, 4)
- Structuur en continuïteit: systematisch en doelmatig werken, goede afstemming tussen professionals (1, 3)
- Maatwerk: de beschikbaarheid van diverse praktische instrumenten waarvan de meest passende voor de specifieke cliënt en situatie ingezet kan worden (1, 2, 3)

Verklaring classificatie veronderstelde werkzame elementen:

1 = Veronderstelling ontwikkelaar

2 = Wetenschappelijke of theoretische onderbouwing

3 = Praktijkervaringen

4 = Wetenschappelijk effectonderzoek.

Zie voor een toelichting de desbetreffende onderdelen van het werkblad.



---

## 4. Uitvoering

---

### Materialen

#### Basispublicaties

*Zo worden cliënten burgers; praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen* geschreven door Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander en in 2011 uitgegeven door Uitgeverij SWP in Amsterdam. Het boek beschrijft stapsgewijs de methodiek inclusief diverse praktische instrumenten en besteedt aandacht aan de algemene basiswerkwijze van het SRH. Inmiddels is in 2015 de 5<sup>de</sup> druk verschenen.

*Kleine Gids SRH* door Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander, in 2014 uitgegeven door Uitgeverij SWP in Amsterdam. Deze publicatie bevat in schematische vorm de belangrijkste principes en aspecten van de methodiek.

*Werkmap Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Digitale uitgave onder redactie van Dirk den Hollander en Jean Pierre Wilken. Wordt jaarlijks uitgegeven door RINO Groep in Utrecht. De werkmap bevat vele hulpmiddelen die gebruikt kunnen worden in verschillende fases van het proces, zoals vragenlijsten, checklists, werkbladen en formulieren.

*Handboek Integrale Rehabilitatiebenadering. Theorie en Praktijk van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*, onder redactie van Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander, uitgegeven in 2012 door Uitgeverij SWP in Amsterdam.

Het handboek beschrijft verschillende facetten van de integrale rehabilitatie en beschrijft achterliggende theorieën en praktijktoepassingen. Naast de theoretische achtergronden en wetenschappelijk bewijs voor de werking wordt aandacht gegeven aan de toepassing van het SRH bij specifieke doelgroepen op basis van onderzoek en ervaringen van professionals.

#### Sectorspecifieke publicaties

*Binnenshuis, buitenshuis; een handreiking voor het bieden van begeleiding in en rond de thuissituatie van mensen met psychosociale beperkingen* geschreven door Jean Pierre Wilken en Sonja Rooijen en uitgegeven in 2005 door Uitgeverij SWP in Amsterdam.

Binnenshuis, Buitenshuis beschrijft de methode van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, toegepast in de praktijk van de ambulante woonbegeleiding. Het boek geeft vele praktische handvatten en bevat een aantal handige hulpmiddelen die gebruikt kunnen worden bij de toepassing van de methode.

*Arbeidsreïntegratie vanuit de ggz. Drie Nederlandse praktijken beschreven*, door Simona Karbouniaris en Jean Pierre Wilken en uitgegeven in 2005 door Uitgeverij SWP in Amsterdam. Er worden in dit boek drie goede praktijken beschreven van organisaties die zich gespecialiseerd hebben in arbeidsintegratie van mensen met psychische beperkingen. Zij kunnen inspiratie geven voor de verdere ontwikkeling van voorzieningen die mensen met psychische beperkingen op een goede wijze kunnen ondersteunen bij het kiezen, verkrijgen en behouden van de door hen gewenste werksituatie. In een van die praktijken wordt het SRH toegepast.

De genoemde publicaties zijn te bestellen via [www.swpbook.com](http://www.swpbook.com) of [www.rinogroep.nl](http://www.rinogroep.nl).

---

### Type organisatie

SRH, in het Engels ook wel bekend als CARE methodology, wordt volgens de RINO Groep door duizenden professionals gebruikt, in Nederland maar ook daarbuiten, zoals in België, Denemarken, Tsjechië en Estland.

SRH wordt toegepast in arbeidsrehabilitatie, beschermende woonvormen, binnen afdelingen van GGZ-instellingen, in de maatschappelijke opvang, in ACT- en FACT-teams, bij ambulante woonbegeleiding, in de zorg voor ouderen, in zorg voor jeugdigen, in de forensische zorg, in de verslavingszorg, in de zorg voor cliënten met verstandelijke beperkingen en in de zorg voor cliënten met een autismespectrumstoornis. SRH

is net als andere rehabilitatiemethoden ontwikkeld binnen de geestelijke gezondheidszorg en daarna steeds meer ook binnen andere domeinen van zorg toegepast.

De laatste jaren wordt in de toepassing van SRH steeds meer samengewerkt met welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties, gemeenten en woningcorporaties. De verbreding van het hersteldenken naar andere domeinen van zorg en welzijn sluit aan bij de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die als centraal uitgangspunt heeft, het volwaardig functioneren van alle mensen als burgers in de samenleving. Tevens stimuleert de Wmo het organiseren van ondersteuning in de samenleving, wat aansluit bij een belangrijk onderdeel van het SRH, namelijk alle activiteiten die er op gericht zijn om gastvrijheid en wederzijdsheid in de samenleving te bevorderen (kwartiermaken).

---

## Opleiding en competenties

### Competenties professional

Om op basis van het SRH te kunnen werken is een op de zorg gerichte beroepsopleiding op MBO of HBO-niveau gewenst. Indien tijdens de beroepsopleiding het SRH niet in het curriculum opgenomen was, is een SRH-training noodzakelijk.

Herstelondersteunde zorg bied je niet zomaar. Het vraagt niet alleen om algemene kennis en vaardigheden, maar ook om het telkens opnieuw, bij iedere cliënt, in iedere situatie, (leren) aansluiten bij een uniek verhaal. Het goed leren bieden van herstelondersteunde zorg vraagt het leren hanteren van een presentie- en krachtgerichte benadering. Dit is een persoonlijk ontwikkelingsproces dat tijd kost en feitelijk nooit ophoudt.

Belangrijke benodigde vaardigheden zijn:

- *De professional kan uitgaan van krachten en mogelijkheden van de cliënt en van zijn omgeving* en is in staat in samenwerking met die omgeving de doelen die de cliënt zelf heeft gesteld heeft te helpen bereiken. Hierbij wordt aangesloten op de voorkeuren van de cliënt met betrekking tot de wijze van ondersteuning, de inhoud, het tempo, de plaats en de gewenste (omgevings)bronnen.
- *De professional kan present zijn.* Dit doet hij door aandachtige aanwezigheid, door basisveiligheid en actieve steun te bieden en door persoonlijke ontmoeting waar wederkerigheid, en erkenning van en aansluiting bij de ervaringen, verwachtingen en wensen van de cliënt belangrijk zijn. De professional blijft bij de cliënt en laat hem niet in de steek.
- *De professional kan herstel ondersteunen en empowerment en ervaringskennis bevorderen* door gericht te zijn op het verlichten van lijden, het vergroten van eigen regie en het herkennen en stimuleren van benutting van eigen kracht van de cliënt. De professional helpt de cliënt bij het maken van zijn verhaal en het ontwikkelen van ervaringskennis.
- *De professional kan participatie bevorderen* door de cliënt te ondersteunen in het vervullen van gewenste sociale rollen en optimaal te participeren in de maatschappij en gelegenheid te bewerkstelligen de kwaliteiten van de cliënt hierbij in te zetten. De professional werkt (samen) met de omgeving zodat deze steunend is voor de cliënt.
- *De professional kan een persoonlijk plan opstellen* op basis van het persoonlijk profiel van de cliënt en door wensen, persoonlijke voorkeuren, levenservaringen, mogelijkheden en belemmeringen in beeld te brengen in dialoog met de cliënt.

### Opleiding, bij- en nascholing

Professionals die SRH willen uitvoeren moeten een basisopleiding SRH volgen. Van deze basisopleiding zijn allerlei sectorspecifieke varianten. Er zijn basisopleidingen voor de volgende sectoren:

- geestelijke gezondheidszorg volwassenen;
- verslavingszorg;
- forensische zorg;
- zorg voor jeugdigen;
- ouderenzorg;

- maatschappelijke opvang;
- begeleiders in de dagbesteding;
- zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen;
- zorg voor mensen met autisme;
- individuele trajectbegeleiding (ITB);
- Sociale wijkteams

De basisopleidingen bestaan uit drie dagen basistraining en vier keer drie uur methodische werkbegeleiding en worden veelal 'in-company' aangeboden. Bij succesvolle afronding van de opleiding ontvangt de deelnemer een certificaat. In de basisopleidingen komen de volgende onderwerpen aan bod:

- principes en uitgangspunten (presentie, krachtgericht werken, sociale participatie, herstel en ontwikkeling, gebruik maken van natuurlijke hulpbronnen);
- opbouw van samenwerkingsrelatie, basisprincipes van begeleiden (de zgn. BAP principes);
- aansluiten bij (fase) herstelproces;
- maken van een inventarisatie van wensen en krachten, mogelijkheden en kansen om deze te realiseren;
- genereren van keuzemogelijkheden (opties) en stellen van doelen;
- plannen maken: het persoonlijk plan van de cliënt; het ondersteuningsplan van de professional;
- korte introductie van de toolkit SRH.

Naast de basisopleidingen SRH is er nog een aantal vervolgoopleidingen, namelijk die tot SRH-coach, Rehabilitatiecoach-Consulent en SRH-docent.

Opleidingen, bij- en nascholing in het SRH worden verzorgd door de RINO groep ([www.rinogroep.nl](http://www.rinogroep.nl)).

## **Kwaliteitsbewaking**

### **Werkbegeleiding door SRH coaches**

Na de basisopleiding is het nodig in de praktijk verder te leren om de methode te verbinden met de eigen beroepskennis en met de functie binnen de organisatie. Om professionals hierbij te begeleiden zijn SRH coaches beschikbaar die binnen hun eigen organisatie medewerkers en teams begeleiden bij (het invoeren van) herstelondersteunende zorg met behulp van SRH. Het grootste deel van de inmiddels 250 SRH coaches is opgeleid tot Rehabilitatiecoach-Werkbegeleider (RCW). Veelal combineren zij hun taak als hulpverlener met die van coach. Binnen hun eigen team kunnen zij als vraagbaak fungeren of een rol vervullen bij kwaliteitstoetsingen. Een deel van de tijd bieden zij werkbegeleiding aan collega's, meestal bij andere teams dan hun eigen team. Zij begeleiden individuele medewerkers en teams bij het uitvoeren van begeleidingsprocessen.

### **Monitoring en dialoog met zorggebruikers**

De ontwikkelaars bevelen aan om de Modelgetrouwheidschaal SRH (Van Wijngaarden en Wilken, 2008; Wilken & Van Wijngaarden, 2011) te gebruiken om na te gaan of en in hoeverre het SRH modelgetrouw wordt toegepast. Deze schaal kan zowel aan het begin als tijdens het implementatietraject worden ingezet. Vervolgens kan zij periodiek als kwaliteitszorginstrument worden gebruikt. De schaal bevat zes essentiële bestanddelen/kritische ingrediënten van het SRH:

- het SRH is presentiegericht;
- het SRH is herstelgericht;
- het SRH is krachtgericht;
- professionals werken volgens de stappen van het SRH;
- iedere cliënt heeft een persoonlijk begeleider;
- professionals in het team zijn gecertificeerd in het SRH.

Aanbevolen wordt mensen van buiten het team de scores van de modelgetrouwheidsschaal te laten bepalen. Dit kunnen mensen vanuit de eigen organisatie zijn (interne audit) of mensen van buiten de organisatie (externe audit). Eventueel kan een team zelf samen met cliënten de scores bepalen. Goede scores duiden op een hoge modelgetrouwheid en vormen dus een beloning voor het team. Minder goede scores vormen een stimulans om gericht aan verbeterpunten te werken.

Daarnaast bevelen de ontwikkelaars aan om de resultaten van de zorg te monitoren. Dit kan door periodiek informatie te verzamelen over de stappen die met en door cliënten gezet zijn en over de behaalde doelen.

Ten derde wordt continue coaching, intervisie en bij- en nascholing gecombineerd met een constante dialoog met de gebruikers van de zorg aanbevolen. Door deze dialoog leert de organisatie als het ware steeds beter herstelondersteunend te worden.

---

### **Randvoorwaarden**

Belangrijke voorwaarde voor een goede toepassing van SRH is dat 'permanent leren' is ingebed in de cultuur en structuur in de organisatie. Dit betekent dat individuele leer- en ontwikkelingsprocessen van medewerkers gefaciliteerd worden. Continu leren, het delen van ervaringen gericht op voortdurende kwaliteitsverbetering moet vanzelfsprekend worden.

Voor de organisatiestructuur betekent dit de beschikbaarheid van:

- intervisie en coaching op individueel- en teamniveau;
  - kwaliteitstoetsingen;
  - werken met persoonlijke ontwikkelingsplannen (POP);
  - werken met teamontwikkelingsplannen (TOP);
  - beschikbaarheid van praktijkbegeleiders/coaches.
- 

### **Implementatie**

Voor de implementatie wordt aanbevolen op meerdere niveaus verschillende invoeringsstrategieën tegelijk toe te passen. Belangrijke ingrediënten zijn: een heldere, overkoepelende visie en een consequent uitvoeringsbeleid voor de lange termijn, goed leiderschap, een combinatie van intensieve scholing, coaching en intervisie voor het personeel, duidelijke taakfunctieomschrijvingen die aansluiten bij het competentieprofiel SRH, en het faciliteren van de medewerkers zodat zij voldoende tijd hebben om met het SRH te werken.

---

### **Kosten**

De prijs van een Basisopleiding SRH is € 11.950,--. De prijs behelst scholing van maximaal 16 deelnemers in het Systematisch Rehabilitatiericht Handelen. De scholing telt drie trainingdagen en vier keer een bijeenkomst Methodische Werkbegeleiding (MWB) in twee subgroepen van maximaal 8 deelnemers. De MWB-bijeenkomst duurt drie uur. Het totaal aantal contacturen is 30 uur, de uitvoeringsuren bedragen 42 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.

De kosten van de toepassing van SRH zijn vergelijkbaar met die van andere methoden en aanpakken binnen dezelfde domeinen. Het is van belang dat instellingen eigen praktijkbegeleiders hebben die structureel coaching geven; verder zijn er geen kosten verbonden aan de toepassing van SRH.

---

## 5. Onderzoek naar praktijkervaringen

---

### Onderzoek praktijkervaringen

Onderzoek naar praktijkervaringen met SRH heeft de volgende uitkomsten:

#### **De methode biedt structuur**

Professionals die werken met het SRH geven aan dat zij meer gestructureerd en doelmatiger werken (Dankers & Wilken, 2007), het SRH biedt een gemeenschappelijk kader waarbinnen de onderlinge communicatie tussen professionals beter op elkaar is afgestemd (Wilken & Van Rooijen, 2001) en er sprake is van betere samenwerking (Pols et al., 2001). De verschillende fases (oriëntatie/kennismaking, onderzoek, doelstelling, planning, uitvoering en evaluatie/bijstelling) geven houvast in het vormgeven van de hulpverlening. Deze fases geven ruimte om naast begeleidingscontacten ook specifieke behandelingen in te zetten (Den Hollander & Zewuster, 2005).

Het SRH draagt bij aan efficiëntere ondersteuning die gericht is op het behalen van doelen die samen met de cliënt zijn vastgesteld. Het SRH, en in het bijzonder het hanteren van signaleringsplannen, geeft handvatten en instrumenten aan de professional om de complexiteit van "signalering" beter vorm te geven en afspraken met de cliënt te maken (Merks & Gillissen, 2005).

#### **De cliënt, zijn wensen en mogelijkheden staan centraal**

Professionals zien de cliëntgerichtheid als een pluspunt, de zorg wordt hierdoor respectvoller en individueler in plaats van groepsgericht (Pols et al., 2001) en er is meer aandacht voor privacy (Wilken & Durkoop, 2002). De methode helpt de professional goed aan te sluiten bij de cliënt (Dankers & Wilken, 2007). Er is meer aandacht voor (het ontwikkelen van) wensen en voor persoonlijke voorkeuren van de cliënt en deze zijn sturend voor de ondersteuning (Gofers et al., 2002; Pols et al., 2001). Individualisering van de ondersteuning wordt tevens bevorderd door verzelfstandiging, de professionals trekken zich bewust vaker terug en geven cliënten ruimte om zelf dingen op te lossen (Pols et al., 2001). Het SRH biedt een gestructureerde werkwijze die zowel recht doet aan de behoefte aan een ondersteunend milieu als aan de behoefte om eigen doelen in het leven na te streven (Den Hollander & Zewuster, 2005).

De cliënt is veel meer betrokken bij het behandelplan. Er is meer aandacht voor het sociale netwerk: familie, vrienden en vrijwilligers zijn meer betrokken geraakt bij de zorg (Wilken & Durkoop, 2002). Het milieudenken is soms lastig voor professionals: bij cliënten die in groepen samenleven kunnen fricties ontstaan tussen belangen van de groep ten opzichte van belangen van het individu.

Een unitcoördinator zegt het volgende over de invoering van SRH:

*"Ik vind dat de revalidatiescholing wel goed gegaan is. Ik denk dat iedereen van de verpleging geleerd heeft te denken voor de cliënt, en nu moeten ze leren te denken met de cliënt. Dan moet er een knop worden omgezet in hun hersenen. Alles doe je nu in samenspraak met de cliënt. Het respectvolle wordt benadrukt: je benadert iemand in principe als een normaal mens; je haalt de gezonde delen ook weer naar voren."* (Pols et al., 2001, p. 51)

Gofers et al., (2002) illustreren dat cliënten en hulpverleners soms gevangen zitten in oegenschijnlijke onoplosbare impasses die door de SRH principes consequent te volgen te doorbreken zijn en het grotere beeld en het perspectief van de 'ander' weer gezien kan worden. Er kunnen dan verrassende nieuwe wegen ontstaan.

### **Aandacht voor de relatie**

Een van de werkzame ingrediënten van het SRH is het opbouwen van een wederzijdse relatie waarbij problemen worden aangepakt op basis van wederzijds vertrouwen en hoopvolle bemoediging (Gofers, et al. 2002; Giebels et al., 2008).

*“Achteraf kan in ieder geval geconcludeerd worden dat het creëren van veiligheid in het contact voorop gestaan heeft en als basis heeft geleid voor een vervolg. De benadering waarmee ik begon is als 'dienstbaar' te omschrijven vooral faciliteren: 'Ik ben er voor jou en ik wil ook graag horen wat jij wil en belangrijk vindt.' Al heel snel ontstond er een goede band, waardoor mevrouw heel snel veel van haar levensverhaal durfde te vertellen.” (Giebels et al., 2008, p. 43)*

Het aansluiten bij de wens van de cliënt is niet hetzelfde als het kritiekloos accepteren van wat de cliënt wil. In de studie van Gofers et al. (2002) ondervond de cliënt uiteindelijk steun bij datgene dat het meest belangrijk in haar leven was: het verkrijgen van een meer autonoom leven. Doordat zij deze steun ervoer ontwikkelde zich een samenwerkingsrelatie. En binnen deze relatie konden ook eisen gesteld worden, was er ruimte voor -gelijkwaardige- onderhandeling en ontstond er voldoende gespreksruimte om te praten over de 'heikele zaken'. (Gofers et al., 2002) Bij het opbouwen van een evenwaardig relatie kan het model van communicatiestrategieën een handig hulpmiddel zijn. Een ambulante begeleider geciteerd in Wilken & Van Rooijen (2001) vertelt over het gebruik van enkele strategieën.

*“De belangrijkste omgangsvormen zijn open overleg en onderhandelen. Ik voel me ook het meeste thuis bij mensen waarmee op deze wijze overleg mogelijk is. Ik probeer het contact dan ook op te bouwen in de richting van open overleg. Faciliteren is hiervoor vaak belangrijk, bijvoorbeeld het kunnen regelen van praktische dingen. Daarnaast is het belangrijk om een eigen persoonlijk noot in te voegen.” (Wilken & van Rooijen, 2001, p. 39)*

### **Toepasbaarheid SRH**

Uit verschillende onderzoeken (Wilken & van Rooyen, 2001, Den Hollander & Zewuster, 2005, Karbounaris & Wilken, 2007; Dankers & Wilken, 2007) blijkt dat het SRH voor diverse doelgroepen en settings toepasbaar is.

De invoering en toepassing van het SRH in de organisatie vraagt tijd voor de professionals. Professionals zijn dikwijls probleemgericht opgeleid en dienen zich een nieuwe visie en oriëntatie eigen te maken. De snelste resultaten worden geboekt in de houding ten opzichte van de cliënten (Gofers et al, 2002, Pols et al, 2001). Het succes is groter als op meerdere niveaus verschillende invoeringsstrategieën tegelijk worden toegepast. Belangrijke voorwaarden zijn o.a. een heldere, overkoepelende visie en een consequent uitvoeringsbeleid voor de lange termijn van het bestuur en/of het management (Gofers et al., 2002). Hoe belangrijk een gemeenschappelijke visie ook op uitvoerend niveau is illustreert volgend citaat.

*Een stagiaire vertelt: “Rehabilitatie vond ze toch wel wat vaag blijven. (...) Iedere verpleegkundige interpreteert het weer op zijn of haar manier, had ze gemerkt. Als voorbeeld van tegenstrijdigheid noemt ze 'juist dingen doen met iemand' uit naam van de rehabilitatie, of 'vooral niet dingen doen met iemand' uit naam van de autonomie en de rehabilitatie.” (Pols et al. , 2001, p. 56)*

Gofers et al. (2002), en Pols et al., (2001) spreken over verschillende oorzaken die het implementeren van rehabilitatiegericht werken soms bemoeilijkt met name in de langdurige intensieve psychiatrische zorg. De cliënten hebben dikwijls 'geen' wensen of ogenschijnlijk irreële wensen, veel aandacht van de professionals gaat dan uit naar het ontwikkelen van wensen (Pols, et al., 2001, Wilken & Van Rooijen, 2001). Wanneer er sprake is van cognitieve functiebeperkingen is communicatie lastig. Daarnaast zijn cliënten en hulpverleners in deze settings gehospitaliseerd, gevangen in een cultuur die gericht is op beheersing in plaats van ontwikkeling.

*Een professional zegt: “Het zit er zo in: het is maandag baddag. Hoe meer wij dat eruit proberen te halen, hoe meer sommigen zich vasthouden aan het veilige oude vertrouwde: douchen op maandag en donderdag.” (Pols et al., 2001, p. 57)*

Het opbouwen van een relatie en komen tot doelen met de cliënt mag binnen het SRH tijd kosten. Echter: in sommige situaties is die tijd er niet, bijvoorbeeld wanneer de financier van de ondersteuning deze maar voor een bepaalde periode bekostigd (Dankers & Wilken, 2007). Uit verschillende onderzoeken (Wilken & Van Rooyen, 2001; Den Hollander & Zewuster, 2005; Karbounaris & Wilken, 2007; Dankers & Wilken, 2007) blijkt dat het SRH voor diverse doelgroepen en settings toepasbaar is.

### **Tevredenheid van cliënten en medewerkers**

Drie jaar na implementatie van het SRH bleek dat meer dan 50% was verhuisd van de verblijfsafdelingen naar begeleid en beschermd wonen buiten het psychiatrisch ziekenhuis (Pols, e.a., 2001). In een setting waar ambulante woonbegeleiding wordt aangeboden nam de zelfredzaamheid van cliënten toe, waardoor minder zorg nodig was (Rooijen en Wilken, 2001). Cliënten bleken significant meer tevreden over de zorg. Medewerkers waren meer tevreden over de kwaliteit van zorg die zij leverden; de arbeidstevredenheid nam toe en ziekteverzuim af (Merks en Gillissen, 2005).

Binnen re-integratietrajecten van mensen met psychiatrische beperkingen wordt SRH ervaren als een goede ondersteuning voor een ontwikkelings- en herstelproces richting opleiding en werk (Karbounaris & Wilken, 2007).

### **Bovenstaande conclusies zijn gebaseerd op de volgende onderzoeken:**

1. *Rehabilitatie als praktijk*, geschreven door Pols, Michon, Depla en Kroon, in 2001 uitgegeven door het Trimbos-Instituut te Utrecht.

Dit onderzoek betreft een etnografische studie in twee algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ) bij long-stay afdelingen. In de ene instelling werd gewerkt volgens de milieugerichte benadering van Petry, in de andere instelling volgens het SRH. De vraagstelling van het onderzoek was tweeledig:

1. Hoe krijgt rehabilitatie vorm in de praktijk van vier afdelingen in twee APZ'en?
2. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de rehabilitatiepraktijken in de twee ziekenhuizen?

De gehanteerde kwalitatieve onderzoeksmethoden waren participerende observatie en halfgestructureerde interviews. De observaties hebben in de periode november 1998 tot augustus 1999 op vier afdelingen plaatsgevonden, twee per ziekenhuis. Per afdeling is tien dagen geobserveerd, telkens vijf dagen met de focus op professionals en vijf op cliënten. Bij de observaties waren 76 cliënten en 30 professionals betrokken. De halfgestructureerde interviews zijn afgenomen bij achttien professionals en negen cliënten.

De onderzoekers benoemen dat dit type onderzoek interpretatief van aard is (het referentiekader van de onderzoeker heeft mogelijk invloed op de resultaten). Interpretaties zijn meerdere malen getoetst door externe deskundigen.

2. *Binnenshuis, Buitenshuis; een handreiking voor het bieden van begeleiding in en rond de thuissituatie van mensen met psychosociale beperkingen*, geschreven door Wilken en Van Rooijen, in 2001 uitgegeven door Uitgeverij SWP te Amsterdam.

Deze publicatie is het resultaat van het project 'Handreiking Ambulante Woonbegeleiding'. Doel van het project was het onderzoeken en beschrijven van de werkwijzen van de ambulante woonbegeleiding en deze werkwijzen methodisch verder te ontwikkelen. Het project was een samenwerking tussen STORM Rehabilitatie, GGz Nederland en Vindicta.

Het onderzoek vond plaats binnen vier ambulante teams van Vindicta, waar gewerkt wordt volgens het SRH. Het onderzoek was een kwalitatief praktijkgericht ontwikkelingsonderzoek waar de praktijkervaringen van de professionals centraal stond. Onderzoeksmethoden die werden gebruikt waren:

- semigestructureerde interviews met professionals
- handelingsonderzoek om een SRH-toepassing met bijpassend dossier te ontwikkelen voor ambulante woonbegeleiding, in twee rondes via interviews en dossieronderzoek. De

resultaten werden door de professionals, coördinatoren van de teams en projectgroep besproken.

- Interviews met 23 professionals om het domein ambulante woonbegeleiding en een profiel van een ambulante woonbegeleider te beschrijven
- Inventarisatie van meningen van professionals uit het hele land tijdens een themamiddag van GGz Nederland.

3. *Een weg naar wens; resultaten van het onderzoek*, geschreven door Wilken en Duurkoop, in 2002 in opdracht van GGz-instelling de Zwolse Poort.

In dit onderzoeksrapport worden de effecten van de implementatie van het SRH in een psychiatrisch ziekenhuis beschreven. Het betrof een tweejarige follow-up studie waarbij gegevens verzameld werden van 117 cliënten, dat is 45% van de cliënten die verbleven op de onderzochte locatie. Het betrof merendeels een ernstig gehandicapte groep. 62% was al meer dan vijf jaar in klinische zorg.

Twee onderzoeksvragen stonden centraal:

1. Heeft de invoering en toepassing van rehabilitatiemethoden effect op de kwaliteit van leven van de cliënten?
2. Zijn er veranderingen waar te nemen in het zorgpatroon?

Er werden binnen het onderzoek diverse onderzoeksmethoden gebruikt, kwalitatieve en kwantitatieve methoden. Het kwantitatieve deel is terug te lezen in hoofdstuk 6 van deze methodebeschrijving.

- Er werd onder cliënten een enquête gehouden naar hun wensen op het gebied van wonen en hun mening over de kwaliteit van het rehabilitatiegericht werken.
- Onder de medewerkers werden enkele enquêtes gehouden naar hun mening over de kwaliteit en de effecten van het scholingsprogramma, de resultaten van het rehabilitatie proces bij cliënten en naar de resultaten van het zorgvernieuwingproject als geheel.

4. *Rehabilitatie in complexe zorgsituaties*, geschreven door Merks en Gillissen, in 2005 uitgegeven door Emergis, centrum voor geestelijke gezondheidszorg in Zeeland.

In dit rapport wordt een tweejarige follow-up studie beschreven naar de effecten van de implementatie van het SRH in een psychiatrisch ziekenhuis op de complexiteit van zorg. De hypothese van het onderzoek was dat rehabilitatie de professional instrumenten in handen geeft om, in complexe zorgsituaties, de zorg aan de cliënt beter vorm te geven.

Bij het onderzoek werden gegevens verzameld van 156 cliënten van de sector Langdurige Zorg en Wonen waar sinds 1998 met de methode van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen wordt gewerkt. De onderzoekspopulatie bestond in 2003 uit 159 en in 2004 uit 156 cliënten, waarvan 101 cliënten op beide momenten onderdeel waren van de populatie.

Betrokken professionals zijn bevraagd over de relatie tussen complexiteit van zorg en de rehabilitatiemethode. Het kwantitatieve deel van het onderzoek is beschreven in hoofdstuk 6.

5. *Rehabilitatiegericht werken met mensen met ASS (Autisme spectrum stoornissen, 2005)*, geschreven door Den Hollander en Zewuster in 2005.

In dit rapport wordt het resultaat beschreven van de werkzaamheden van de door het Dr. Leo Kannerhuis en RIBW Arnhem & Veluwe Vallei in het leven geroepen werkgroep 'Rehabilitatie en ASS'. Doel was een methode te beschrijven voor de begeleiding en behandeling van volwassen (wordende) mensen met autisme wonend in of toewerkend naar Beschermd Wonen. Deze werkgroep had de taak te komen tot een integratie van de milieutherapie en de levensloopbenadering zoals die binnen het Leo Kannerhuis worden gebruikt en van het SRH, die bij de RIBW de basis is voor de begeleiding. Dit rapport beschrijft het ontwikkeltraject van de methode en is een weergave van de activiteiten van de werkgroep 'Rehabilitatie en mensen met ASS' die door beide instellingen is ingesteld. De toepassing van SRH bij mensen met ASS wordt in het laatste hoofdstuk van het rapport geïllustreerd aan de hand van een uitgebreide casus waar tevens de ervaringen van de betrokken professional aan bod komen.



6. *Arbeidsre-integratie bij mensen met psychische beperkingen*, geschreven door Dankers en Wilken, in 2007 uitgegeven door Uitgeverij SWP te Amsterdam.

In deze publicatie wordt een overzicht gegeven van in Nederland gebruikte methoden van arbeidsrehabilitatie, met als doel de methoden en hun verschillen en overeenkomsten te beschrijven en mogelijke elementen van een best practice zichtbaar te maken. Een van de beschreven methoden in de publicatie is het SRH. In de publicatie wordt naast een beschrijving van de werkwijze volgens SRH binnen deze sector een korte weergave gegeven van onderzoeken die verricht zijn naar het SRH.

7. *Arbeidsreintegratie vanuit de ggz*, geschreven door Karbouniaris en Wilken, in 2007 uitgegeven door Uitgeverij SWP te Amsterdam.

Deze publicatie bevat een analyse van drie best practices op het gebied van (re)integratie van mensen met een psychiatrische beperking op de arbeidsmarkt. De drie best practices zijn geselecteerd aan de hand van tien criteria. Eén van de drie betreft de toepassing van SRH. De ervaringen van professionals zijn onderzocht door middel van interviews en documentanalyse. Per good practice zijn minimaal een of twee management- of stafleden en minimaal twee trajectbegeleiders of consultants geïnterviewd.

8. *Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care*, geschreven door Wilken, in 2010 uitgegeven door Uitgeverij SWP te Amsterdam.

Deze publicatie beschrijft een onderzoek naar herstel bij ernstige psychiatrische aandoeningen. In het onderzoek staan de ervaringen van cliënten zelf centraal. Doel van het onderzoek was het achterhalen van wat cliënten als 'goede zorg' ervaren hadden. Het ging om het identificeren van uitkomsten die gerelateerd kunnen worden aan doelstellingen van het SRH, zoals beter omgaan met kwetsbaarheid, empowerment en participatie. Door deze ervaringen diepgaand te analyseren wordt naast meer inzicht in de fenomenen van herstel, ook inzicht in de wijze waarop professionele zorg herstelprocessen kan ondersteunen verkregen.

De dissertatie bevat de resultaten van een drietal studies. Eén van deze drie studies is gebruikt voor de beschrijving van praktijkervaringen in deze beschrijving. Het gaat om een narratieve kwalitatieve analyse van dertien verhalen van mensen met diverse psychische problematiek. Bij zeven van deze dertien mensen werd ondersteuning geboden met behulp van SRH.

9. *Van vechten naar (ont)hechten*, geschreven door Gofers, Giebels en Den Hollander, in 2002 gepubliceerd in *Passage* nr. 3, pag 13-20.

In dit artikel wordt een tweejarige N=1 studie beschreven naar de toepassing van SRH bij een persoon met zeer complexe problematiek. In dit artikel/ procesverslag staat beschreven wat er gebeurde, welke moeilijkheden overwonnen moesten worden, wat lukte en wat niet lukte. Het proces rondom de cliënte na implementatie van SRH wordt beschreven door de teamleider (Giebels) en psycholoog (Gofers) van de afdeling waar de cliënte verblijft in samenwerking met de medeontwikkelaar en hoofdopleider SRH bij Rino Groep (Den Hollander).

De onderzochte persoon verbleef in een gesloten unit binnen het circuit 'Langdurige en complexe zorg' van de GGZ Oost Brabant, waar de professionals net een training SRH hadden gevolgd.

10. *Geen bemoeizucht maar betrokkenheid: het kloppende hart van rehabilitatie*, geschreven door Giebels e.a. in nummer 88 van het vakblad *Sociale Psychiatrie*, uitgegeven door beroepsvereniging V&VN-SPV in 2008

In dit artikel wordt een procesevaluatie/casestudy (N=1) beschreven waarin de professional met behulp van de communicatiestrategieën uit het SRH invoegt in de belevingswereld, gewoontes en omgangsstijlen van de cliënt. Om zo te komen tot een goede werkrelatie. Een professional heeft de casus beschreven samen met drie andere auteurs, waaronder een van de ontwikkelaars van de methode.

---

## 6. Onderzoek naar de effectiviteit

---

### Onderzoek in Nederland

Hieronder zijn twee veranderingsonderzoeken met follow-up beschreven. De Universiteit van Tilburg voert momenteel een meerjarige gecontroleerde effectstudie uit (Van Weeghel, 2011). In 2016 wordt dit onderzoek afgerond en worden de resultaten bekend.

#### 1) Wilken e.a., 2002

A. Wilken, J. P. & Duurkoop, P. (2002). Een weg naar wens; resultaten van het onderzoek. Zwolle: Zwolse Poort.

B. Type onderzoek: pre-post studie/follow-up studie.

Meetmomenten: nulmeting en nameting (na twee jaar).

Meetinstrumenten/uitkomstmaten: kwaliteit van leven (Lancashire Kwaliteit van Leven), zorgbehoefte (Zorg Vraag Schaal Zorg Aanbod Schaal), REHAB (psychosociale invaliditeit), gebruik van klinische voorzieningen, woonsituatie.

Doelgroep: klinisch verblijvende cliënten. Het betrof merendeels een ernstig gehandicapte groep; 62% was al meer dan vijf jaar in klinische zorg.

C. N=117

Effecten: er werd geen significant effect aangetoond op de kwaliteit van leven van de onderzoekspopulatie. De behoefte aan zorg was ongeveer gelijk gebleven. De zorgintensiteit in termen van het gebruik van klinische voorzieningen was na twee jaar significant afgenomen, en daarmee ook de zorgkosten. Aan het begin bevond 78% van de cliënten zich op een klinische afdeling, aan het eind was dit gedaald tot 47%. Bijna de helft van de cliënten (45%) vond een plek buiten het ziekenhuisterrein.

#### 2) Merks e.a., 2005

A. Merks, A. & Gillissen, R. (2005). *Rehabilitatie in complexe zorgsituaties*. Goes: Emergis.

B. Type onderzoek: pre-post studie/follow-up studie. Het onderzoek had als doel na te gaan in hoeverre SRH verpleegkundigen instrumenten in handen geeft om in complexe zorgsituaties de zorg aan de cliënt beter vorm te geven.

Meetmomenten: in 2003 en 2004.

Meetinstrumenten/uitkomstmaten: Scoringslijst voor de meting van de complexiteit van verpleegsituaties in de psychiatrie

Doelgroep: klinisch verblijvende cliënten (sector Langdurige Zorg en Wonen van GGZ-instelling)

C. N=101 (cliënten met twee metingen)

Effecten: De vergelijking van de complexiteitsmetingen van 2003 en 2004 laten een redelijk onveranderd beeld zien qua complexiteit van zorg. Uitzondering is het aspect 'gespecialiseerde verpleegkundige technieken', dat een significante daling laat zien, wat betekent dat het minder nodig is om gespecialiseerde technieken toe te passen.

---

## 7. Aangehaalde literatuur

---

- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (1990). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed. 2002). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. (2003). Inleiding: een beknopte schets van de Presentietheorie. *Tijdschrift Voor Sociale Interventie* (2), 5-8.
- Binkhorst, J. (2013). *Toepassing van het SRH bij jongerenvoorzieningen van Kwintes*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Boevink, W., Van Beuzekom, J. Gaal, E., Jadby, A., Jong F., Klein Bramel, M., Van der Wal, C. (2002). *Samen werken aan herstel: Van ervaringen delen naar kennis overdragen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen, S. van (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L., Droes, J., Tiber, M. & Wilrycx, G. (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift Voor Rehabilitatie*, 18(1), 42-54.
- Boevink, W. & Hunsche, P. (2006). *Verhalen van herstel : samen werken met ervaringskennis in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dankers, T. & Wilken, J.P. (2007). *Arbeidsre-integratie bij mensen met psychische beperkingen*. Amsterdam: SWP.
- De Girolamo, B., Politi, P. & Fusar-poli, P. (2008). Franco Basaglio, 1924-1980. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 968.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91-97.
- Emergis (2010) *Wat vinden cliënten van Emergis? Resultaten cliëntwaardering 2009*. Emergis.
- Fisher, D. B. & Ahern, L. (1999). A new vision of recovery: People can fully recover from mental illness; it is not a life-long process. *National Empowerment Centre Newsletter*,
- Gaag, M. van der & Wilken, J. P. (1994). *De Nederlandse versie van de REHAB*. Lisse: Swets&Zeitlinger.
- Giebels, B., Gofers, T., Hollander, D. den & Wilken, J. P. (2002). Van vechten naar (ont)hechten. *Passage*, (3), 13-20.
- Giebels, B., Reinders, D., Voort, H. van de & Hollander, D. den (2008). Geen bemoeizucht maar betrokkenheid: het kloppende hart van rehabilitatie. *Sociale Psychiatrie : Vakblad Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde*, 27(88), 35-44.
- Gofers, T., Giebels, B., Hollander, D. den & Wilken, J. P. (2002). Van vechten naar (ont)hechten. Rehabilitatiegericht werken in complexe zorgsituaties binnen een psychiatrisch ziekenhuis *Passage*, (3)
- Hollander, D. den & Wilken, J. P. (2011). *Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP.
- Hollander, D. den & Zewuster, J. (2005). *Rehabilitatiegericht werken met mensen met ASS; Rapportage van de werkgroep Rehabilitatie en mensen met ASS*. RIBW Arnhem & Veluwe Vallei, Leo Kannerhuis m.m.v. Storm Rehabilitatie.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Boom uitgevers.

- Karbouniaris, S. & Wilken, J. P. (2007). *Arbeidsreïntegratie vanuit de GGz. Drie Nederlandse praktijken beschreven*. Amsterdam/Utrecht: SWP/Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Karbouniaris, S. & Wapenaar, J. (2010). *Het Trefpunt in beeld : waar verhalen een stem krijgen: : ontmoetingen en kwartiermaken in De Bilt*. Zeist: Kwintess.
- Klerk, M. M. Y. de (2002). *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. M. Y. de (2007). *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. M. Y. de (2000). *Rapportage Gehandicapten 2000. Arbeidsmarkt en financiële positie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Korevaar, L., Dröes, J. & Bassant, M. (2008). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation* American Psychiatric Publishing, Inc.
- Merks, A. & Gillissen, R. (2005). *Rehabilitatie in complexe zorgsituaties*. Goes: Emergis.
- Nieuwenhuizen, C. van, Schene, A. H. & Koeter, M. W. J. (1998). *Lancashire Kwaliteit van Leven Profiel, uitgebreide Nederlandse Versie*. Amsterdam: AMC.
- Petry, D. & Nuy, M. (1997). *De ontmaskering: de terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychische beperkingen*. Amsterdam: SWP.
- Pols, J., Michon, H., Depla, M. & Kroon, H. (2001). *Rehabilitatie als praktijk, een etnografisch onderzoek naar twee psychiatrische ziekenhuizen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Rapp C.A. & Goscha, R.J. (2012). *The Strengths Model. A recovery-oriented approach to mental health services*. Third Edition. New York: Oxford University Press.
- Shepherd, G. (1984). *Institutional care and rehabilitation*. Londen: Longman Publishers.
- Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery*. London: Institute of Psychiatry.
- Watts, F. N. & Bennett, D. H. (1983). *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Hoboken (USA): John Wiley & Sons Inc.
- Werf, B. van der (1995). *Zorg op schaal*. Bennebroek: Psychiatrisch Centrum Vogelenzang.
- Wiersma, D. (2004). *Evidentie voor geestelijke gezondheidszorg. RGOc-reeks 5*. Groningen: RGOc.
- Wijngaarden, B. van & Wilken, J. P. (2008). *Een modelgetrouwheidsmaat voor het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen: de ontwikkeling van een fideliteitschaal*. Utrecht: Trimbos Instituut/Storm Rehabilitatie.
- Wilken, J. P. (2004). Het Strengths-model. Werken vanuit de kracht van cliënt en samenleving. *Passage*, (3), 4-15.
- Wilken, J. P. (2010). *Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP.
- Wilken, J. P., Bähler, M. & Meel, T. van (2010). Het krachtenmodel. In: S. van Rooijen & J. van Weeghel (Eds.), *Psychiatrische Rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011* (pp. 103-118). Amsterdam: SWP.
- Wilken J.P. & Dankers T. red. (2012). *Supportgericht werken in de Wmo*. Utrecht: Movisie/Wmowerkplaatsen.
- Wilken, J. P. & Duurkoop, P. (2002). *Een weg naar wens; resultaten van het onderzoek*. Zwolle: Zwolse Poort.
- Wilken, J. P. & Hollander, D. den (1999). *Psychosociale rehabilitatie: Een integrale benadering*. Utrecht: SWP.
- Wilken, J. P. & Hollander, D. den (2012). *Handboek integrale rehabilitatiebenadering*. Amsterdam: SWP.

- Wilken, J. P. & Rooijen, S. van (2001). *Binnenshuis, Buitenshuis; een handreiking voor het bieden van begeleiding in en rond de thuissituatie van mensen met psychosociale beperkingen*. Amsterdam: SWP.
- Wilken, J. P. & Wijngaarden B. van (2011). *Naar een nieuwe versie van de modelgetrouwheidsschaal SRH*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Wilken, J. P. & Hollander, D. den (2005). *Rehabilitation and recovery : a comprehensive approach*. Amsterdam: SWP.