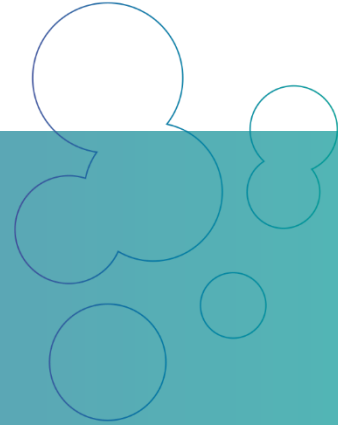


Steunend Relationeel Handelen

Interventiebeschrijving



Het werkblad (versie mei 2015) dat gebruikt is voor het maken van deze interventiebeschrijving, is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties.

Colofon

Ontwikkelaars / licentiehouders van de interventie

Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander

Contact: jean-pierre.wilken@hu.nl

088 48 19 831

Website: [Steunend Relationeel Handelen \(SRH\) \(rinogroep.nl\)](http://rinogroep.nl)

Referentie in verband met publicatie

Jean Pierre Wilken

Steunend Relationeel Handelen

Databanken: Effectieve sociale interventies, Erkende interventies GGZ

Utrecht, Movisie

Februari 2023

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting.....	4
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing.....	23
4. Onderzoek.....	28
5. Samenvatting werkzame elementen.....	34
6. Aangehaalde literatuur	35

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Doelgroep

Steunend Relationeel Handelen (SRH) is gericht op mensen die psychische en sociale kwetsbaarheid ervaren, in het bijzonder mensen die te maken hebben met ontwrichtende ervaringen, psychische aandoeningen, verslaving of dakloosheid en het daarmee gepaard gaande risico op sociale uitsluiting. SRH kan toegepast worden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de maatschappelijke opvang (mo), de jeugdzorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg (vg) en de ouderenzorg.

Doel

Het hoofddoel van Steunend Relationeel Handelen (SRH) is het realiseren van persoonlijk en maatschappelijk herstel en daarmee het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen die psychische en sociale kwetsbaarheid ervaren.

Aanpak

De kern van de aanpak kan worden samengevat in vier werkwoorden: Verbinden, Verstaan, Verzekeren en Versterken. De professional streeft naar het realiseren van een werkzame persoonlijk-professionele relatie (verbinden). Hij vormt een zo goed mogelijk beeld van wat vanuit het perspectief van de ander belangrijk is in relatie tot herstel en het verbeteren van kwaliteit van leven (verstaan). Op basis van deze informatie biedt hij ondersteuning die enerzijds gericht is op de kwetsbaarheid (verzekeren) en anderzijds op het vergroten van mogelijkheden (versterken).

SRH is een vorm van relationele, krachtgerichte zorg gericht op versterking van de mogelijkheden van de cliënt en de kwaliteit van de samenleving (netwerken en sociale en fysieke omgevingen).

De aanpak bestaat uit de volgende zes stappen.

1. Opbouwen en onderhouden van een 'werkzame' relatie.
2. Verzamelen van informatie.
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 van ervaringen, 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. Tegelijkertijd blijft de professional toekomst- en ontwikkelingsgericht werken.

Materiaal

De methodiek wordt onder andere beschreven in het praktijkboek *Werken in Verbinding*, geschreven door Dirk den Hollander en Jean Pierre Wilken en in 2020 uitgegeven bij uitgeverij SWP in Amsterdam. Het boek beschrijft de uitgangspunten en de algemene werkwijze van SRH, behandelt stapsgewijs de methodiek en diverse praktische tools die daarbij gebruikt kunnen worden.

Onderzoek

Er is in de loop van de jaren veel onderzoek verricht naar SRH. Hieruit komt naar voren dat de interventie mensen die kampen met psychische en sociale kwetsbaarheid ondersteunt bij herstel en kwaliteit van leven. De methodiek biedt professionals veel mogelijkheden om hulp- en dienstverlening effectief in te richten.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Steunend Relationeel Handelen (SRH) is gericht op mensen die psychische en sociale kwetsbaarheid ervaren, in het bijzonder mensen die te maken hebben met ontwrichtende ervaringen, psychische aandoeningen, verslaving of dakloosheid en een daarmee gepaard gaand risico op sociale uitsluiting. De interventie is geschikt om toe te passen bij mensen die 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. De toepassing in verschillende settings bij verschillende doelgroepen wordt beschreven in het *Handboek Steunend Relationeel Handelen* (Wilken & Den Hollander red., 2019).

In SRH vormen de mens en zijn wensen en behoeften met betrekking tot herstel en kwaliteit van leven het uitgangspunt voor de ondersteuning. De cliënt wordt benaderd in de context van zijn levensgeschiedenis en van zijn culturele en etnische achtergrond. Het vraagt van de werker respect voor 'anders zijn' en een grote mate van sensitiviteit voor alle aspecten van diversiteit en in-/uitsluiting.

Intermediaire doelgroep

Er is geen intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen

Er zijn geen selectiecriteria, indicatie- of contra-indicatiecriteria.

Er zijn toepassingen en hulpmiddelen ontwikkeld om in verschillende settings aan te sluiten bij verschillende doelgroepen.

Betrokkenheid doelgroep

Bij de ontwikkeling van SRH is door de jaren heen altijd gebruik gemaakt van (onderzoek naar) de ervaringen van cliënten en professionals. De laatste 15 jaar zijn veel ervaringsdeskundigen betrokken geweest bij de doorontwikkeling. Zij maakten deel uit van verschillende werkgroepen. Een aantal heeft zich bekwaamd als hersteldocent om overal in het land (en in Vlaanderen) les te kunnen geven in SRH, of medewerkers hierin te coachen.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van Steunend Relationeel Handelen (SRH) is het realiseren van persoonlijk en maatschappelijk herstel en daarmee het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen die psychische en sociale kwetsbaarheid ervaren.

Subdoelen

SRH richt zich op factoren die bijdragen aan persoonlijk herstel. Op basis van de wetenschappelijke literatuur zijn dit: verbinding, hoop, identiteit, betekenisgeving, empowerment, veiligheid en zelfregulatie. Daarnaast richt SRH zich op factoren die bijdragen aan maatschappelijk herstel. Deze factoren zijn: sociale relaties, participatie op verschillende levensgebieden en sociale inclusie.

SRH draagt derhalve bij aan het realiseren van de volgende doelen:

1. Het gevoel van verbondenheid is vergroot.
2. Hoop en motivatie zijn versterkt.
3. De eigen identiteit is versterkt.
4. Wensen, doelen en activiteiten die betekenis geven zijn geïdentificeerd.
5. Zelfvertrouwen en agency zijn versterkt.
6. Angst en stress zijn gereduceerd; gevoel van veiligheid is vergroot.
7. Zelfregulatievaardigheden worden toegepast.
8. De kwaliteit van sociale relaties is verbeterd.
9. Participatiedoelen zijn bereikt.
10. Herstelbevorderende en gastvrije omgevingen zijn gerealiseerd.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Visie

De basisprincipes van 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. De relatie wordt beschouwd als de bedding voor goede zorg en ondersteuning. Het gaat om het realiseren van een werkzame persoonlijk-professionele relatie. Vanuit deze relatie wordt ondersteuning geboden bij het herstellen of handhaven van gewenste kwaliteit van leven. Een herstelproces kent een

persoonlijke en een sociale of maatschappelijke dimensie. Persoonlijk herstel gaat over het herstelproces zoals een persoon dat zelf ervaart. Het verlenen van betekenis en het krijgen van grip op het eigen leven zijn hier belangrijke aspecten. Een essentieel aspect van persoonlijk herstel is zingeving. Dit betreft verleden, heden en toekomst. Als er sprake is geweest van ernstige ontwrichtende ervaringen en de gevolgen daarvan, dienen deze verwerkt te worden. Er spelen dan vragen als: wat is er gebeurd? Waarom is mij dit overkomen?

Het begrijpen van wat gebeurd is en dit aanvaarden, blijken in dit verwerkingsproces belangrijke elementen te zijn. Een ander element is om je bewust te worden van veerkracht: kennelijk ben ik in staat geweest om de situatie te boven te komen! Een volgende vraag is dan: wat kan ik doen met deze ervaringen, nu en in de toekomst? Kan ik mijn krachten gebruiken om aan een toekomst te werken? Op deze wijze wordt invulling gezocht voor een zinvol leven. Krachtgericht houdt in dat er wordt gezocht naar versterking van de mogelijkheden van de cliënt en in de (natuurlijke) omgevingen van de cliënt die een bijdrage kunnen leveren aan het herstel- of ontwikkelingsproces. Sociaal of maatschappelijk herstel heeft te maken met participatie: weer meedoen in de samenleving. Het begrip 'participatie' staat centraal, omdat cliënten net als iedereen mee willen doen en mens onder de mensen willen zijn. Het gaat hier ook om sociale inclusie: een omgeving die mensen accepteren zoals ze zijn en ruimte biedt om mee te doen en mee te tellen.

Kracht en kwetsbaarheid

In SRH is er aandacht voor zowel kwetsbaarheid als kracht. We ondersteunen cliënten bij het verwerken van ervaringen en het omgaan met kwetsbaarheid. Dat doen we door vaardigheden te ontwikkelen, persoonlijke krachten aan te boren en gebruik te maken van externe hulpbronnen. 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 middel van goede copingstrategieën, helpt om een psychisch evenwicht te bewaren (Wilken, 2010).

Werken met de omgeving

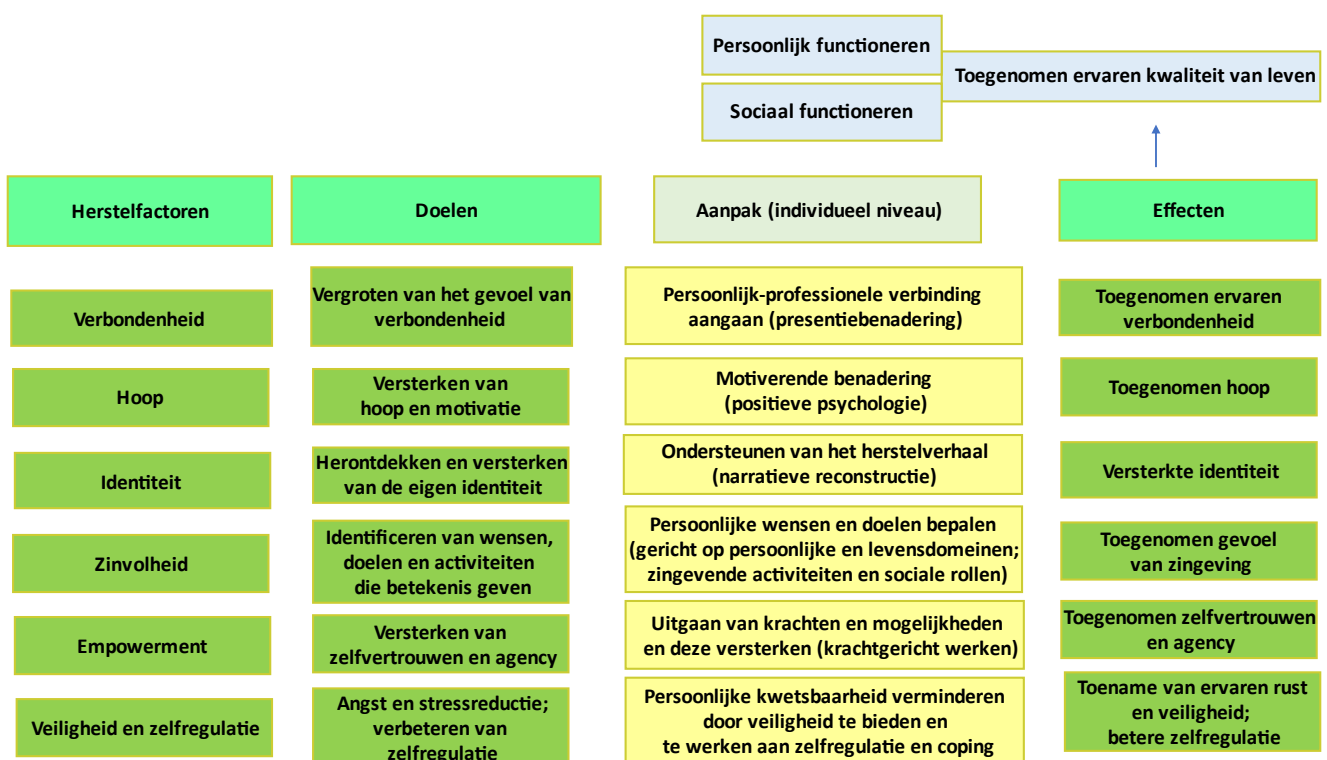
Een omgeving of sociaal netwerk moet 'herstelondersteunend' zijn. Dat wil zeggen dat het enerzijds voldoende veiligheid moet bieden en anderzijds voldoende mogelijkheden voor ontplooiing en sociale participatie. Toegang hebben tot gewenste omgevingen – een plek waar je wilt wonen, werken of je vrije 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 ook de nodige actie richting de samenleving nodig. 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.

Inhoud van de interventie

Te beïnvloeden herstelfactoren, doelen, aanpak en beoogde resultaten

In het volgende overzicht worden de diverse herstelfactoren beschreven die SRH beoogt positief te ondersteunen, de doelen die beoogd worden, de daarbij behorende aanpak en de beoogde effecten. In onderlinge samenhang leidt deze aanpak tot een door de cliënt ervaren toegenomen kwaliteit van leven. Het schema geeft de aanpak op individueel niveau weer. Verderop beschrijven we de ingrediënten van de aanpak op omgevingsniveau.



Schema 1. Te beïnvloeden herstelfactoren, doelen, aanpak en beoogde resultaten (persoonlijk niveau)

Werkwijze

De aanpak met de verschillende elementen zoals hierboven beschreven komt samen in vier zogenaamde kernhandelingen. Deze worden aangeduid met de werkwoorden Verbinden, Verstaan, Verzekeren en Versterken, oftewel de vier V's. De begrippen duiden aan wat de bedoeling is van SRH. We willen ons verbinden met de ander, we willen hem begrijpen, we willen hem ondersteunen bij kwetsbaarheid en we willen hem ondersteunen om de eigen mogelijkheden te gebruiken en te versterken.

- Verbinden heeft betrekking op het aangaan van een persoonlijk-professionele relatie, waarbij je je op evenwaardige wijze in wilt zetten om van betekenis te zijn voor de cliënt en zijn omgeving.
- Verstaan is nodig om de ander te begrijpen. Wie is de ander? Welke ervaringen heeft hij? Wat is er aan de hand? Wat is er nodig? Hoe kan ik mijn inzet het best vorm en inhoud geven?
- Verzekeren houdt al het handelen in dat de ander houvast en veiligheid biedt in relatie tot kwetsbaarheid.
- Versterken houdt al het handelen in dat gericht is op het benutten en vergroten van mogelijkheden.

De werkwijze van SRH bestaat uit de volgende stappen¹.

1. Opbouwen en onderhouden van een 'werkzame' relatie (Verbinden).
2. Begrijpen van de cliënt en zijn situatie. Verzamelen van informatie die nodig is om de ondersteuning optimaal in te richten (Verstaan).
3. De cliënt helpen wensen te formuleren, keuzes te maken en doelen te stellen (gericht op Verzekeren en Versterken).
4. De cliënt helpen een persoonlijk plan te maken (inclusief de ondersteuning die gewenst is bij de uitvoering van het plan).
5. Het plan helpen uitvoeren.
6. Het proces volgen; leren van ervaringen, evalueren en bijstellen.

Hieronder worden de stappen nader toegelicht.

¹ We beperken ons hier tot de individuele toepassing. Daarnaast bevat de methodiek ook tools om te werken aan steunende omgevingen en sociale netwerken, die zowel voor individuele cliënten als voor collectieve settings bruikbaar zijn, zoals vormen van groepswonen, activiteitscentra en recovery colleges.

1. Opbouwen en onderhouden 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 goede professionele ondersteuning. Hierbij worden de principes van de presentiebenadering toegepast. In het praktijkboek staat een model van communicatiestrategieën dat praktische handvatten biedt om een werkzame relatie op te bouwen.

2. Begrijpen van de cliënt en zijn situatie. Verzamelen van informatie die nodig is om de ondersteuning optimaal in te richten.

Het gaat erom de cliënt en zijn situatie zo goed mogelijk te begrijpen, evenals zijn wensen, doelen en ondersteuningsbehoeften. Hierbij kijkt de professional naar alle domeinen die voor kwaliteit van leven van belang zijn.

Het Kwaliteit van Leven model van de vier persoonlijke domeinen en vier levensdomeinen wordt hierbij gebruikt. Persoonlijke domeinen zijn: gezondheid en welzijn, zorg voor jezelf en anderen, veiligheid en sociale relaties. Levensdomeinen zijn: wonen, werken, leren en vrijetijdsbesteding. Bij ieder domein draait het om zingeving: wat heeft betekenis en is van waarde? Een veel gebruikt hulpmiddel in SRH is het zogenaamde persoonlijk krachtenprofiel. Dit is een inventarisatie van wensen op de verschillende genoemde domeinen. Bij iedere wens worden mogelijkheden en ervaringen in beeld gebracht. Dit helpt om cliënt en professional bewust te maken van de ervaringen, krachten en hulpbronnen waarover een cliënt beschikt. Deze 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 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 vermindering van kwetsbaarheid en persoonlijke krachten en hulpbronnen uit de omgeving te mobiliseren.

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

Een belangrijk uitgangspunt voor de begeleiding bij 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 kent 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 in zitten, dienen als uitgangspunt binnen 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 ook gericht zijn op het handhaven van een bestaande situatie waarover de cliënt en zijn netwerk tevreden zijn. 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 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 SRH wordt er gestreefd naar succeservaringen voor de cliënt en het is dus belangrijk om haalbare doelen op te stellen.

4. Een cliënt helpen een persoonlijk plan te maken

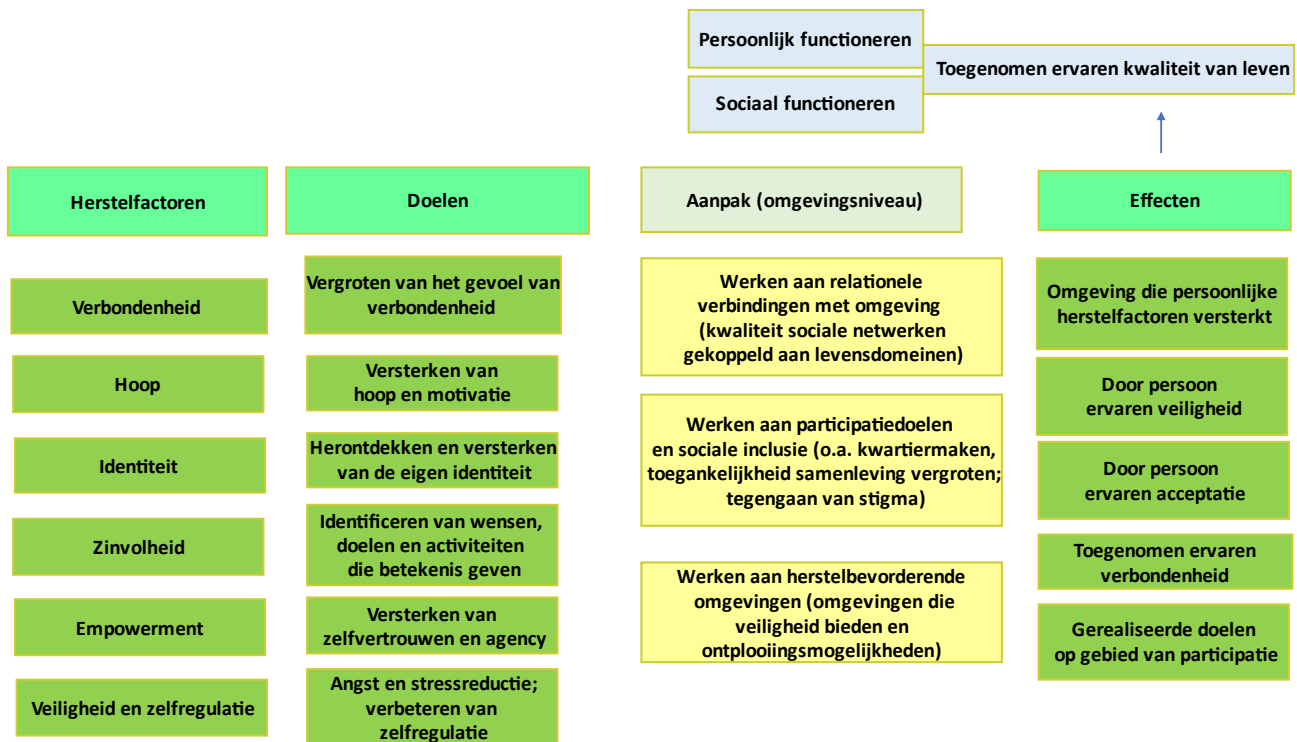
Het geformuleerde doel is samen met het persoonlijk profiel de basis voor het persoonlijk plan. In het plan worden concrete stappen en activiteiten uitgezet om het doel van de cliënt te bereiken. Het plan bevat ook informatie over activiteiten van anderen in het steunsysteem zoals mantelzorgers en (andere) professionals. Het plan is in de woorden van de cliënt geschreven. Soms wordt er geen plan op papier gezet maar wordt een andere vorm gekozen. Naast het persoonlijk plan kan de professional zijn eigen handelingen specificeren in een persoonlijk ondersteuningsplan. Dit plan kan ook worden opgesteld als de cliënt (nog) niet in staat is wensen en doelen te formuleren en geen eigen plan wil of kan maken, maar er wel duidelijke ondersteuningsbehoeften zijn op basis van het 'Verstaan' van de cliënt. Het accent zal dan vaak komen te liggen op de kernhandeling 'Verzekeren', bijvoorbeeld het verzekeren van veiligheid en goede verzorging.

5. Uitvoeren van het persoonlijk plan

Het persoonlijk plan bevat zowel activiteiten die gericht zijn op 'versterken' als op 'verzekeren'. In het kader van 'versterken' is er veel aandacht voor de eigen krachten van de cliënt, voor externe hulpbronnen en voor de omgeving van de cliënt. In het kader van 'verzekeren' gaat het om activiteiten die de cliënt helpen (beter) om te gaan met kwetsbaarheden. De professional kan instrumenten als het signaleringsplan en de crisiskaart aanreiken voor het herkennen en erkennen van waarschuwingssignalen of de in te zetten interventie in geval van een crisis.

SRH beschrijft stappen en biedt instrumenten, zoals een sociaal netwerkanalyse en 'het Vitamineprofiel', die een professional kan gebruiken om een cliënt te helpen een goede *match* te maken 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 gewenste omgevingen (kwartiermaken), het creëren van

herstelbevorderende omgevingen en het mobiliseren van ondersteuning vanuit de samenleving. Dit wordt weergegeven in onderstaand schema.



Schema 2. Te beïnvloeden herstelfactoren, doelen, aanpak en beoogde resultaten (omgevingsniveau)

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 ervaringen die in de uitvoering worden opgedaan. Het is een cyclisch proces, waarin 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.

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 genoemde 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 en tegelijkertijd blijft de professional toekomst- en ontwikkelingsgericht werken. Het volgen van het proces is ook

een continue activiteit. In SRH wordt dit het tegelijkertijd werken in de dimensies van relatie, handeling en tijd genoemd. Deze dimensies dienen voortdurend op elkaar afgestemd te worden.

2. Uitvoering

Materialen

Basispublicaties

Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven, onder redactie van Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander, uitgegeven in 2019 door Uitgeverij SWP in Amsterdam (tweede druk: 2022).

Het handboek beschrijft de basiselementen van de benadering, en geeft een overzicht van achterliggende theorieën, kennisbronnen en praktijktoepassingen. Naast de theoretische achtergronden en wetenschappelijk bewijs voor de werking wordt aandacht gegeven aan de toepassing van SRH bij specifieke doelgroepen op basis van onderzoek en ervaringen van professionals en cliënten. Daarnaast zijn er bijdragen over kwartiermaken, arbeidsreïntegratie, zelfhulp, mantelzorg, complexe situaties en gezonde leefstijl.

Werken in Verbinding. Praktijkboek Steunend Relationeel Handelen, door Dirk den Hollander en Jean Pierre Wilken werd in 2020 uitgegeven door Uitgeverij SWP in Amsterdam (derde druk: 2023). Het boek beschrijft de algemene basiswerkwijze van SRH en stapsgewijs de methodiek aan de hand van de vier kernhandelingen. Ook wordt aandacht besteed aan diverse praktische instrumenten die bij SRH gebruikt kunnen worden.

Kleine Gids SRH door Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander. De laatste versie werd in 2021 uitgegeven door Uitgeverij SWP in Amsterdam. Deze publicatie bevat in schematische vorm de belangrijkste principes en aspecten van de methodiek.

Werkmap Steunend Relationeel Handelen. Dit is een digitale uitgave die jaarlijks geactualiseerd wordt door de 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. Een verkorte uitgave van de methodische fasen en de belangrijkste hulpmiddelen is te vinden in de SRH App, te downloaden via diverse appstores.

Sectorspecifieke publicaties

In het Handboek Steunend Relationeel Handelen wordt een heel deel gewijd aan de toepassing van SRH bij specifieke doelgroepen in de ggz, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, jeugdzorg, forensische zorg en zorg voor ouderen en vluchtelingen. Ook worden toepassingen van SRH beschreven bij mensen met autisme, niet aangeboren hersenletsel en een verstandelijke beperking.

Basistrainingen in SRH worden verzorgd door de [RINO Groep](#) in Utrecht. Bij de training zitten veel materialen die in de praktijk gebruikt kunnen worden. Daarnaast heeft een aantal hogescholen SRH in het curriculum opgenomen. Dit betreft bacheloropleidingen en masteropleidingen Sociaal Werk en Ad opleidingen Ervaringsdeskundigheid in Zorg en Welzijn. Bij de RINO groep is SRH geïntegreerd in de opleiding GGZ Agoog.

Locatie en type organisatie

De toepassing van SRH is niet gebonden aan een specifieke organisatie, setting of doelgroep. Hoewel SRH haar wortels heeft in de geestelijke gezondheidszorg, is zij in de loop der jaren steeds meer in andere domeinen van zorg en welzijn toegepast. De interventie kan worden uitgevoerd door professionals die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang (Buitendijk & Withagen, 2019). Er zijn ook toepassingen ontwikkeld voor de hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen (Kievits & Tiber, 2019), begeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking (Tiber & Bosman, 2019), mensen met autisme (De Heer & Verhoeven, 2019), mensen met niet-aangeboren hersenletsel en hun naasten (Witteveen & Prinsen, 2019), verpleeghuiszorg (Jacobs, 2019), getraumatiseerde vluchtelingen (Smid, 2019), verslavingszorg (Verbrugge, Stollenga, Den Hollander & Dijkstra, 2019) en forensische zorg (Walravens & Douw, 2019).

De laatste jaren vindt SRH ook haar weg in het sociaal domein, bijvoorbeeld in wijkteams, welzijnsorganisaties en vrijwilligersorganisaties. De verbreding van het 'hersteldenken' naar andere domeinen van zorg en welzijn sluit aan bij de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die als centraal uitgangspunt het volwaardig functioneren van alle mensen als burgers in de samenleving heeft. Tevens stimuleert de Wmo het organiseren van ondersteuning in de samenleving – wat aansluit bij een belangrijk onderdeel van SRH – , namelijk het ondernemen van activiteiten die erop gericht zijn om gastvrijheid en wederzijdsheid in de samenleving te bevorderen (kwartiermaken).

SRH wordt behalve in Nederland en Vlaanderen ook in andere landen toegepast en staat daar bekend als het CARE model. Zo is SRH in Estland en Tsjechië de standaard herstelbenadering in de ggz en zijn duizenden professionals erin getraind.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

SRH kan worden gebruikt door professionals en ervaringsdeskundigen met een mbo-, hbo- of wo-opleiding. Mensen die zijn opgeleid in SRH beschikken over de competenties die nodig zijn om inhoud te geven aan de vier kernhandelingen. Dit is uitgewerkt in een competentieprofiel.

Competenties professional

Om op basis van SRH te kunnen werken is een op sociaal werk of zorg gerichte beroepsopleiding op mbo- of hbo-niveau gewenst. Indien tijdens de beroepsopleiding SRH niet in het curriculum opgenomen was, is een basisopleiding SRH noodzakelijk. Deze wordt aangeboden door de RINO Groep in Utrecht.

Herstelondersteunende zorg 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 herstelondersteunende zorg vraagt het leren hanteren van een presentie- en krachtgerichte benadering. Dit is een persoonlijk-professioneel ontwikkelingsproces dat tijd kost en feitelijk nooit ophoudt.

De benodigde competenties zijn in het profiel als volgt beschreven.

De SRH-werker (geen functiebenaming maar slechts een aanduiding van iedere professional die met SRH werkt) biedt persoonlijk-professionele ondersteuning aan cliënten, naastbetrokkenen en andere belangrijke personen uit hun sociaal netwerk. Hij doet dit op basis van de principes van relationele zorg. Deze ondersteuning draagt bij aan herstel en kwaliteit van leven. De SRH-werker werkt in drie dimensies: de relatiedimensie (accent op verbinden en verstaan), de handelingsdimensie (accent op verzekeren en versterken) en de tijdsdimensie. Deze drie dimensies hangen met elkaar samen. Hij weet deze te synchroniseren en in balans te houden. De SRH-werker zet zich in voor de cliënt, het netwerk of een omgeving als en voor zolang dit noodzakelijk is. De SRH-werker kan aan de cliënt en verder aan iedereen voor wie dit van belang is, zijn handelen uitleggen en verantwoorden. De SRH-werker hanteert vier kernhandelingen: verbinden, verstaan, verzekeren en versterken. Hij geeft deze kernhandelingen invulling met de elementen die voor welzijn, gezondheid en herstel van belang zijn: compassie en aandacht, hoop en vertrouwen, het persoonlijke verhaal en de eigen identiteit, kwaliteiten en talentontwikkeling, omgaan met kwetsbaarheid en stigma, autonomie en zelfredzaamheid, positieve relaties en verbondenheid, zingevende activiteiten en sociale rollen, weldoende omgevingen en materiële bronnen.

Verbinden

De SRH-werker werkt relationeel en presentiegericht. Hij wil er zijn voor de cliënt: als mens en als professional. Hij bouwt met de cliënt een samenwerkingsrelatie op en onderhoudt deze zo lang als dat nodig is. De SRH-werker blijft bij de cliënt en laat hem niet in de steek. De SRH-werker neemt verantwoordelijkheid om zo nodig het contact te herstellen. Hij creëert ruimte voor dialoog. Hij sluit aan bij het eigen verhaal van de cliënt. De SRH-werker streeft ernaar om er met onbevooroordeelde aandacht te zijn voor de cliënt. De SRH-werker is ook present voor personen die voor de cliënt belangrijk zijn. De SRH-werker heeft en geeft hoop en vertrouwen. De SRH-werker is duidelijk over persoonlijke en professionele grenzen en gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze.

Verstaan

De SRH werker wil de cliënt en zijn situatie zo goed mogelijk begrijpen. Hij onderzoekt op een methodische en dialogische wijze hoe de cliënt zijn kwaliteit van leven ervaart, en welke vormen van zelfredzaamheid en participatie hij belangrijk vindt. Hierbij staan de begrippen zingeving en welzijn centraal. De SRH werker kent de kwetsbaarheid en ook de sterke kanten van de cliënt. Hij begrijpt de leefwereld en de geschiedenis ofwel het herstelverhaal. Hij weet wat voor de cliënt belangrijk is ten aanzien van de kwaliteit van zijn leven, zijn wensen en behoeften. Hij maakt optimaal gebruik van de persoonlijke ervaringen van de cliënt. Hij kent de belangrijke naasten, begrijpt hun situatie en weet hun kennis en informatie te gebruiken. De SRH werker heeft kennis van herstelprocessen en herstelfactoren.

Cliënt en professional verkennen samen, eventueel met belangrijke naasten erbij, waar krachten en mogelijkheden liggen, hoe deze kunnen worden ingezet, en welke kansen er liggen in de omgeving. De cliënt heeft de regie in het hulpverleningsproces en geeft zijn voorkeuren aan over: hoe hij ondersteund wil worden; het tempo om doelen te bereiken; de plaatsen van handeling en de wijze waarop hij wil dat steun van anderen ingezet wordt. Als de cliënt communicatief of cognitief niet in staat is om aan te geven wat voor hem belangrijk is, dan wordt op andere wijze informatie verzameld, bijvoorbeeld door nauwkeurige observatie en informatie van naasten die de cliënt goed kennen.

Verzekeren

De SRH-werker zorgt voor de veiligheid die de cliënt nodig heeft. Dit kan gedurende het hele herstelproces nodig zijn, maar het is vooral belangrijk wanneer herstel van zelfregulatie of het behouden van evenwicht van belang is. Waar nodig wordt geholpen om lijdensdruk te verlichten. De SRH werker sluit aan bij de ondersteuningsbehoeften van de cliënt, samenhangend met wensen, doelen en psychische of sociale kwetsbaarheid. Hij fungeert als hulpbron voor de cliënt, daar waar deze het zelf (nog) niet kan of waar anderen deze functie (nog) niet kunnen vervullen. Hij zorgt er ook voor dat de cliënt zich kan bewegen in veilige

omgevingen. Zo kan de SRH werker ook de rol van kwartiermaker op zich nemen. De SRH werker zorgt ervoor dat hij de wet- en regelgeving kent en doet – waar nodig – een beroep op de VN verdragen voor de rechten van mensen met een handicap en voor de rechten van het kind.

Versterken

De SRH werker gaat uit van de krachten en mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving. Dit is ook onverkort van toepassing wanneer kwetsbaarheden een rol spelen. De SRH werker richt zich dus zowel op krachten en mogelijkheden als op kwetsbaarheden. Hij herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (*empowerment*). Hij helpt de cliënt zijn eigen verhaal te maken en ervaringskennis te ontwikkelen. Hij helpt de cliënt om de doelen te bereiken die deze voor zichzelf gesteld heeft. De SRH werker spoort samen met de cliënt de krachten, persoonlijke voorkeuren, opties en gewenste bronnen op en werkt met de cliënt en anderen samen om ervoor te zorgen dat doelen bereikt worden. De SRH werker bespreekt met cliënten wat goed gaat, ook ten aanzien van de problemen die aan de orde zijn, zoals het omgaan met kwetsbare kanten. De SRH-werker ondersteunt en versterkt de vijf pijlers van een herstelproces. Hij coacht de cliënt en zijn netwerk bij het vergroten van veerkracht, zelfredzaamheid en het gebruikmaken van de mogelijkheden die er in de omgeving zijn. De SRH werker coacht de cliënt bij het vergroten van regie en zelfregulatie. Hij helpt de cliënt doelen te stellen en plannen te maken en behartigt waar nodig de belangen van de cliënt.

De SRH werker ondersteunt de cliënt om gewenste sociale rollen te vervullen en naar vermogen mee te doen als burger in de samenleving. Hij bewerkstelligt dat cliënten in de gelegenheid zijn om hun kwaliteiten in te zetten. Hij werkt samen met de omgeving zodat deze de cliënt optimaal kan ondersteunen. Het kan hier gaan om zowel wonen, werken en leren als om vrijetijdsbesteding. De SRH werker onderhoudt contacten met voor de cliënt belangrijke personen uit het sociaal netwerk. Hij erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen. De SRH werker werkt actief aan een samenleving waarin diversiteit, acceptatie, respect en wederkerigheid de kernbegrippen zijn. Hij zet hierbij werkwijzen van kwartiermaken in. De SRH werker werkt samen met de cliënt en instanties die voor de cliënt van belang zijn, zoals werkgevers, gemeente, uitkeringsinstanties en woningcorporaties.

Methodisch werken

De SRH werker kan op methodische wijze de stappen en activiteiten van de SRH interventie uitvoeren. De SRH werker die de functie van persoonlijk begeleider of zorgcoördinator vervult, helpt de cliënt een persoonlijk plan te maken en uit te voeren. Als de cliënt nog niet

in staat is of nog niet de wens heeft om een persoonlijk plan te maken, werkt de SRH werker op basis van een persoonlijk ondersteuningsplan. De SRH werker kan gebruikmaken van hulpmiddelen om wensen, persoonlijke voorkeuren, levenservaringen, mogelijkheden, belemmeringen en opties in beeld te brengen. Plannen zijn begrijpelijk en overdraagbaar. Zij worden bijgesteld als dat gewenst is, aan de hand van evaluatie met de cliënt en andere betrokkenen. Ook zijn er SRH werkers die meer omgevingsgericht werken. Zij geven bijvoorbeeld op basis van SRH woonbegeleiding of begeleiding in een activiteitencentrum of herstelcentrum, of zij ondersteunen het persoonlijk netwerk van de cliënt.

Opleiding, bij- en nascholing

Professionals die de interventie SRH willen uitvoeren volgen een basisopleiding SRH. De opleiding bestaat uit drie dagen basistraining en vier keer drie uur methodische werkbegeleiding. Zij wordt veelal 'in-company' aangeboden.

Aan de orde komen:

- Principes en uitgangspunten Steunend Relationeel Handelen
- Bewustwording over aansluiten, attitude, betekenis geven en het perspectief van de cliënt
- Toepassen van krachtgericht werken, het geven van hoop en vertrouwen en present zijn voor de ander
- Starten bij krachten en mogelijkheden met zorgvuldige aandacht voor de kwetsbaarheid
- Vaardigheden voor het opbouwen van samenwerkingsrelaties met cliënt, familie en collega's, door gebruik te maken van de vier kernhandelingen: verbinden, verstaan, verzekeren en versterken
- Aansluiten bij de fases van het herstelproces.
- Handvatten om optimaal gebruik te maken van natuurlijke hulpbronnen.
- Werken met de werkcyclus van SRH: van krachten sprokkelen naar plan uitvoeren.
- Gebruik maken van hulpmiddelen die beschikbaar zijn, o.a. in de SRH-app.

Bij succesvolle afronding van de opleiding ontvangt de deelnemer een certificaat. Deze opleiding kan ook in de vorm van *blended learning* aangeboden worden. Hierbij kan een in de tijd gespreide leerroute gevolgd worden. Er is een grotere diversiteit aan leervormen, wat het leerproces extra gevarieerd en uitdagend maakt, denk bijvoorbeeld aan:

- online leergroepjes met *peer-feedback*
- tussentijdse praktijkgerichte opdrachten en docent-feedback
- oefeningen met gebruikmaking van videomateriaal.

Er is een aparte basisopleiding voor het werken met jongeren en gezinnen. Naast de basisopleidingen zijn er opleidingen voor SRH coach en SRH docent. Ook worden verdiepingsmodules aangeboden in gezonde leefstijl, de Yucelmethode, bemoeizorg, autisme en individuele trajectbegeleiding.

Opleidingen en bij- en nascholing in SRH worden verzorgd door de RINO Groep (www.rinogroep.nl). In een aantal bacheloropleidingen Sociaal werk en Ad opleidingen Ervaringsdeskundige in Zorg en Welzijn is SRH opgenomen in het curriculum.

Kwaliteitsbewaking

SRH heeft een eigen modelgetrouwheidsschaal (eerste versie: Van Wijngaarden & Wilken, 2008; tweede versie: Wilken & Van Wijngaarden, 2011; derde versie: Wilken, 2021). Hiermee kan nagegaan worden in hoeverre professionals volgens de methodiek werken. Door periodiek een *assessment* of *audit* te doen, kunnen sterke en zwakke punten zichtbaar worden. Op basis hiervan kunnen acties uitgezet worden om de zwakkere punten te verbeteren. De methodiek bevat ook een aantal kwaliteitschecklists die teams en professionals kunnen gebruiken.

Werkbegeleiding door SRH coaches

Na de basisopleiding is het nodig in de praktijk verder te leren om de methodiek te verbinden met de eigen beroepskennis en met de functie binnen de organisatie. Om professionals hierin te begeleiden zijn SRH coaches beschikbaar. Binnen hun eigen organisatie begeleiden zij medewerkers en teams bij (het invoeren van) herstelondersteunende zorg met behulp van SRH. Er zijn inmiddels ongeveer 1.500 SRH coaches actief in Nederland en Vlaanderen. Veelal combineren zij hun taak van 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 implementeren van SRH.

Monitoring en dialoog met zorggebruikers

De ontwikkelaars bevelen aan om de Modelgetrouwheidsschaal SRH te gebruiken om na te gaan of en in hoeverre de interventie modelgetrouw wordt toegepast. Deze schaal kan zowel aan het begin als tijdens het implementatietraject worden ingezet. Vervolgens kan hij periodiek als kwaliteitszorginstrument worden gebruikt. De schaal bevat de volgende zeven essentiële bestanddelen/kritische ingrediënten van SRH.

1. SRH is gericht op het aangaan en versterken van verbindingen. Dit is de kernhandeling Verbinden.

2. SRH is gericht op het zo goed mogelijk begrijpen van de cliënt, maar ook dat de cliënt zich begrepen voelt. Dit is de kernhandeling Verstaan.
3. SRH is gericht op het bieden van ondersteuning bij kwetsbaarheid. Dit is de kernhandeling Verzekeren.
4. SRH is gericht op het bieden van ondersteuning bij herstel en persoonlijke ontwikkeling, passend bij de wensen en behoeften van de cliënt en bij diens mogelijkheden en beperkingen. Het is een krachtgerichte benadering. Dit hoort bij de kernhandeling Versterken.
5. SRH is gericht op 'weldoende omgevingen', zoals steunende sociale netwerken en omgevingen waar mensen zich welkom en veilig voelen en zich kunnen ontplooiën.
6. Professionals geven op methodische wijze invulling aan de vier kernhandelingen (verbinden, verstaan, verzekeren en versterken) en maken daarbij gebruik van alle elementen die van belang zijn voor herstel, gezondheid en welzijn.
7. De organisatie van de zorg is herstelondersteunend ingericht.

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

Een aantal randvoorwaarden is van belang voor een goede implementatie van SRH. Dit zijn overigens deels voorwaarden die ook voor andere interventies gelden.

1. De organisatie werkt als geheel vanuit een herstelgerichte visie.
2. Een basistraining gevolgd door methodische werkbegeleiding en coaching op de werkvloer.
3. Het hele team is getraind zodat iedereen vanuit dezelfde visie en werkwijze te werk gaat.
4. Stabiele werkomstandigheden: voldoende capaciteit, continuïteit, et cetera.
5. 'Leven lang leren' is ingebed in de cultuur en structuur van de organisatie. Dit betekent dat individuele leer- en ontwikkelingsprocessen van medewerkers gefaciliteerd worden.

Continu leren, het delen van ervaringen gericht op voortdurende kwaliteitsverbetering is vanzelfsprekend.

Voor de organisatie betekent dit:

- Intervisie en coaching op individueel- en teamniveau
- Kwaliteitstoetsingen
- Werken met persoonlijke ontwikkelingsplannen (POP)
- Werken met teamontwikkelingsplannen (TOP)
- Werken met de methode van groepscoaching
- 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 taak-/functieomschrijvingen die aansluiten bij het competentieprofiel SRH en het faciliteren van de medewerkers zodat zij voldoende tijd hebben om met SRH te werken. Daarnaast zijn periodieke kwaliteitsmetingen van belang. Dit kan door middel van zelfevaluatie, interne/externe audits, cliënttevredenheidsmetingen en het monitoren van herstelmaten.

Kosten

De ontwikkelaars hebben de RINO Groep een licentie gegeven om post-initiële opleidingen in SRH te verzorgen. De ontwikkelaars hebben een toezichthoudende rol met betrekking tot de kwaliteit van de opleidingen. Daarnaast heeft een kerngroep van zorgaanbieders waar SRH als standaardmethodiek gebruikt wordt een kwaliteitsbewakende rol. De RINO Groep biedt diverse vormen van opleiding aan, zoals in-company basistrainingen, individuele leerlijnen en teamleerlijnen. Deze kunnen ook in een 'blended learning' variant gevolgd worden. De kosten van de basisopleiding en vervolgoopleidingen variëren naar gelang de variant die men wil volgen. Gezien de vele mogelijkheden is er geen standaard kostenplaatje. Bij de RINO Groep worden trajecten op maat gemaakt en geoffreerd.

De kosten van de toepassing van SRH zijn vergelijkbaar met die van andere interventies 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.

3. Onderbouwing

Probleem

SRH is ontwikkeld om mensen te ondersteunen die psychische en sociale kwetsbaarheid ervaren. Het betreft mensen die onvoldoende zelfredzaam zijn en niet beschikken over een sociaal netwerk dat voldoende in staat is ondersteuning en participatiemogelijkheden te bieden. Uit onderzoek blijkt dat de helft van alle Nederlanders (48%) moeite heeft om zelf de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg. Het ontbreekt hen aan kennis, motivatie en zelfvertrouwen (Rademakers, 2014; WRR, 2017). In Nederland had eind 2019 61% van de 15- tot 75-jarigen een chronische beperking en/of langdurige psychische aandoening. Dat zijn acht miljoen mensen. Van de 15- tot 45-jarigen had 47% een aandoening, van de 45- tot 75-jarigen 74% (CBS, 2022). De 45- tot 75-jarigen met een chronische beperking en/of langdurige psychische aandoening hadden in verhouding minder betaald werk dan de groep van 15 tot 45 jaar.

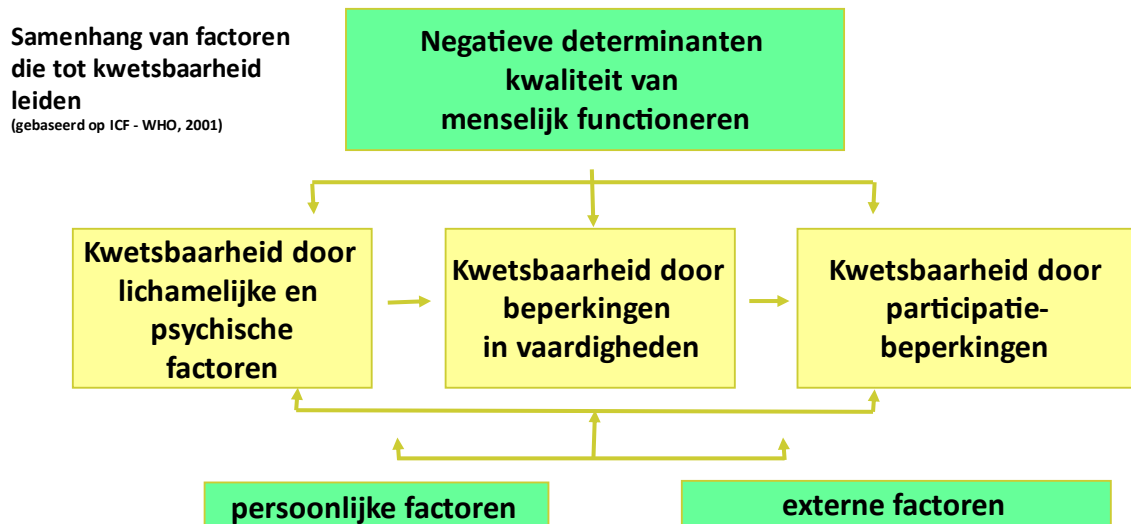
Ieder jaar kampt een vijfde van de Nederlandse bevolking met een of meer psychische aandoeningen (<https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>). Binnen de ggz bestaat een groep mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Deze mensen hebben vaak een langere periode een psychiatrische stoornis, ondervinden daardoor langdurige beperkingen en hebben meerdere zorgbehoeftes. Ze zijn daardoor vaker langdurig in zorg. Het betreft rond de 215.000 personen. De meesten van hen worden niet opgenomen: ongeveer 187.000 mensen ontvangen alleen ambulante zorg (Vektis, 2022). Het kampen met deze problemen, alsmede negatieve interacties met de samenleving (zoals stigmatisering en arbeidsparticipatiebeperkingen) heeft een grote invloed op welzijn cq. de kwaliteit van leven. Er is een overlap met mensen die kampen met dak- en thuisloosheid (naar schatting ongeveer 36.000 personen). Een deel van deze groep heeft te maken met psychische problematiek en verslaving. Een ander potentieel kwetsbare groep betreft mensen met een verstandelijke beperking of met psycho-organische aandoeningen. Onvoldoende kwaliteit van leven kan zich uiten op lichamelijk, mentaal, sociaal, maatschappelijk en materieel gebied. Deze gebieden hangen dikwijls met elkaar samen, en kunnen kwetsbaarheid in stand houden en verergeren, vandaar dat een integrale benadering van belang is.

Oorzaken

Psychische en sociale kwetsbaarheid kan veroorzaakt zijn door (een combinatie van) ontwrichtende ervaringen, psychische aandoeningen, een verslaving of andere psychische en sociale problematiek. Mensen kampen dikwijls met gezondheids- en welzijnsproblemen, en lopen het risico lopen op sociale uitsluiting, sociaal isolement en chronische stress. Ook dak- en thuisloosheid kan leiden tot mentale problemen.

Kwaliteit van leven wordt bepaald door veel objectieve en subjectieve factoren. Feitelijke en ervaren gezondheid en welzijn is hier een belangrijk onderdeel van.

Het ICF model, de internationale classificatie van menselijk functioneren (WHO, 2001) maakt de samenhang tussen verschillende aspecten weer die kwaliteit van leven negatief kunnen beïnvloeden.



Schema 3. Samenhang van factoren die tot kwetsbaarheid kunnen leiden

In dit model wordt zowel gezond functioneren als lichamelijke of mentale kwetsbaarheid gezien als een constellatie van op elkaar inwerkende individuele, contextuele en maatschappelijke factoren. Individuele factoren kunnen gelegen zijn in een ziekte of beperking (lichamelijke en psychische functies in het ICF model), maar ook in een gebrek aan kennis, praktische en sociale vaardigheden (activiteitenbeperkingen in het ICF model) en zelfvertrouwen (Rademakers, 2014). Tegelijkertijd is ook de samenleving niet ingericht op mensen met geringe zelfredzaamheid (participatie in het ICF model). Mensen kunnen geconfronteerd worden met stigmatisering, armoede (bijvoorbeeld veroorzaakt door werkloosheid en schulden) en onvoldoende mogelijkheden om in de samenleving te participeren (bijvoorbeeld door ontoegankelijkheid van de arbeidsmarkt, publieke diensten en de digitale wereld) (WRR, 2017; Wilken, 2018).

Aan te pakken factoren

SRH is vooral gericht op de categorieën vaardigheden en participatie in het ICF model, maar onderstreept het belang van interventies gericht op het niveau van stoornissen, met name

behandeling inzake het verbeteren van zelfregulatievaardigheden (Leamy, Bird, Le Boutillier & Williams, 2011). Vanuit SRH wordt het werken aan zelfregulatievaardigheden ondersteund, maar dan specifiek gerelateerd aan doelen op het gebied van persoonlijke en levensdomeinen.

SRH beïnvloedt zowel persoonlijke als externe factoren. Daarbij gaat het vooral om factoren waarvan het belang uit studies naar herstelprocessen is gebleken, zoals (het gebrek aan) hoop en motivatie, herstel van identiteit, zelfregulatie, betekenisvolle relaties, zinvolle activiteiten en het (niet) kunnen vervullen van sociale rollen.

Verantwoording

SRH is een eclectische benadering die de cliënt als mens centraal stelt, inclusief zijn leefomgeving en sociale netwerk. Aangezien allerlei levensdomeinen met elkaar in verband staan, biedt SRH op meerdere gebieden ondersteuning bij het verbeteren van de kwaliteit van leven. SRH is gebaseerd op principes van presentiegericht, herstelgericht en krachtgericht werken. De methodische cyclus van SRH en de gevolgde werkwijze op basis van wetenschappelijke kennis en ervaringskennis, maken het mogelijk om mensen die psychische en sociale kwetsbaarheid ervaren effectieve ondersteuning te bieden in hun herstelproces en de kwaliteit van leven.

SRH kent drie theoretische pijlers, namelijk de presentietheorie, theorie over herstel en theorie over krachtgericht werken / empowerment. Daarnaast maken we gebruik van inzichten uit de benadering van Kwartiermaken. Deze theoretische kaders worden hieronder kort geschetst.

Presentiegericht werken

SRH is een vorm van *relationele zorg*. Het uitgangspunt is dat de kwaliteit van de relatie tussen cliënt, professional en belangrijke naasten van groot belang is om effectieve ondersteuning te kunnen bieden. De presentietheorie geeft een onderbouwing hiervan (Baart, 2001; Beurskens, Van der Linde & Baart, 2019).

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).

Op basis van de presentiebenadering is in SRH de grondhouding van de professional: '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. Dit wordt het werken vanuit de kernhandeling Verbinden genoemd. Het gaat hierbij zowel om het relationeel aansluiten bij de persoon en de situatie van de cliënt en elkaar leren kennen als om het opbouwen van een evenwaardige band.

Een positieve steunende relatie, zo blijkt uit tal van studies, is op zichzelf een helpende factor (onder andere Norcross, 2011; Wampold & Imel, 2015). Werken op basis van presentieprincipes draagt onder andere bij aan verbinding en veiligheid, en vormt de bedding om herstel- en krachtgericht te werken.

Goed aansluiten bij de persoon vergt dikwijls ook een stress-sensitieve werkwijze, gezien de gevoeligheid die nodig is voor de (dikwijls chronische) stress waar veel cliënten mee te kampen hebben, waardoor regulatieve functies negatief beïnvloed worden, en de sporen die vroegere trauma's mogelijk hebben achtergelaten.

Jungmann, Wesdorp & Madern (2020) hebben het belang van stress-sensitief werken uitgewerkt. Stress kan bijvoorbeeld veroorzaakt worden door constante geldzorgen. Mensen kunnen vaker dingen vergeten, meer moeite hebben om in actie te komen en meer moeite hebben om gevoelens en verlangens te reguleren. Kennis hierover is van belang om effectieve ondersteuning te kunnen bieden.

Herstelgericht werken

Er wordt in de literatuur onderscheid gemaakt tussen persoonlijk, functioneel en sociaal of maatschappelijk herstel (zie onder andere Van der Stel, 2017). 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. Functioneel herstel heeft betrekking op zelfregulatie en het verbeteren van executieve functies. 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. 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 toegankelijkheid, acceptatie en gastvrijheid. SRH richt zich daarom niet alleen op het individu maar ook op de omgeving en draagt bij aan participatie en inclusie. SRH richt zich vooral op persoonlijk en sociaal-maatschappelijk herstel.

Onderzoek naar herstelprocessen en herstelfactoren laat zien dat deze geclusterd kunnen worden in een aantal categorieën. Het zogenaamde CHIME-model (Leamy, Bird, Le Boutillier & Williams, 2011) brengt de volgende clustering aan.

- Verbondenheid met anderen (Connectedness)
- Hoop en optimisme
- Identiteit (opnieuw opbouwen van een positieve identiteit)
- Betekenisgeving (Meaningfulness)
- Empowerment.

Deze clusters komen grotendeels overeen met onderzoek dat Wilken in 2010 publiceerde, maar voegt twee clusters toe. Uit deze meta-analyse komt naar voren dat het belangrijk is aandacht te besteden aan kennis en vaardigheden om met de beperking om te gaan en meer zelfregie te ontwikkelen. Daarnaast blijken omgevingsfactoren van belang. Het betreft het beschikken over een veilige omgeving, sociale steun van ervaringsgenoten (peer support), naasten en professionals en materiële hulpbronnen zoals huisvesting, werk en inkomen.

Uit het genoemde onderzoek komt dus het grote belang naar voren van het aandacht geven aan wat nodig is in verband met de kwetsbaarheid, zoals veiligheid en vaardigheden om met kwetsbaarheid om te gaan. Dit betreft zelfregulatievaardigheden en het omgaan met stress, maar ook het overwinnen van angst. Dit wordt ook bevestigd in het onderzoek van onder andere Van der Stel (2013). Een tweede verschil is de rol die de omgeving speelt, de omgeving biedt onmisbare 'resources' voor herstel. Dit blijkt ook uit onderzoek naar 'resourcegroepen' (Tjaden, 2022). Bovenstaande inzichten zijn in SRH verwerkt als te beïnvloeden factoren, zoals weergegeven in schema's 1 en 2 in paragraaf 1.3.

Krachtgericht werken

Krachtgericht werken komt voort uit theorieën over empowerment (onder andere Saleebey, 1997 en Van Regenmortel, 2009). Een uit onderzoek effectief gebleken uitwerking van de empowermentgedachte voor rehabilitatie en herstel is het Krachtenmodel (Strengths Model) dat in de Verenigde Staten ontwikkeld is door Charlie Rapp en collega's (Rapp en Goscha, 2012; Wilken, Bähler & Van Meel, 2010). In deze benadering staat krachtgericht werken centraal. De benadering legt een sterke nadruk op de aanname dat de cliënt de regie heeft. Dit dwingt de professional om 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. Uit de methode van Rapp c.s. is het hulpmiddel van de krachteninventarisatie overgenomen en geïntegreerd in wat in SRH het 'Persoonlijk Krachtenprofiel' heet. Krachtgericht werken komt in het bijzonder naar voren in de kernhandeling Versterken, maar maakt ook deel uit van de andere kernhandelingen. Het Krachtenmodel is in Nederland uitgewerkt, onderzocht en onderbouwd door Judith Wolf, onder andere voor toepassing in de maatschappelijke opvang en vrouwenhulpverlening (Wolf, 2012). Krachtgericht werken wordt ook

onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek vanuit de positieve psychologie (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013) en de positieve gezondheid (Huber, 2011), waaruit de waarde blijkt van het motiverend werken aan eigen regie, positieve relaties, mentaal welbevinden, zingeving, sociaal maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren.

Kwartiermaken

Doortje Kal ontwikkelde het concept kwartiermaken (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 evenzeer) 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. 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. De omgevingsgerichte interventies van SRH zijn mede gestoeld op de theorie –en de daarvan afgeleide methoden – van kwartiermaken (Kal, 2001, 2011).

Een professional die kwartier maakt bemiddelt als het ware tussen de wensen van de cliënt (participatiedoelen) en de samenleving (werken aan herstelbevorderende omgeving). Hij werkt aan toegankelijkheid en bestrijdt stigmatisering (Kal, Post & Wilken, 2013; Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer & Kienhorst, 2015).

4. Onderzoek

4.1. Onderzoek naar de uitvoering

SRH wordt door duizenden professionals in Nederland en Vlaanderen toegepast. Uit cijfers van de RINO Groep (Komen, 2021) over de periode 2015-2021 blijkt dat er 6.221 professionals werden opgeleid, 1.489 coaches en 439 docenten. Er werden trainingen verzorgd bij 84 verschillende instellingen. Precieze cijfers over het aantal bereikte cliënten zijn niet bekend, maar op basis van een gemiddelde arbeidsomvang van 0,8 fte (CBS, 2022) en een gemiddelde *caseload* van 1 fte op 20 cliënten, gaat het hier om naar schatting 100.000 cliënten. Dit betreft cijfers over de professionals die getraind zijn, maar de in de jaren daarvoor opgeleide professionals zijn hierin nog niet meegenomen. Naar schatting worden tussen de 200.000 en 250.000 cliënten begeleid met SRH. Qua variatie gaat het om voorzieningen voor beschermd en begeleid wonen, forensische klinieken, FACT-teams, jeugdzorginstellingen, verstandelijk gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Dit betreft de

situatie in Nederland. Daarnaast wordt SRH ook in Vlaanderen (en een aantal andere landen in Europa, zoals Tsjechië en Estland) als standaardmethodiek ingezet.

Er is in de loop van de jaren veel onderzoek gedaan naar de ervaringen met SRH (Pols, Michon, Depla & Kroon, 2001; Wilken & Van Rooyen, 2001; Wilken & Durkoop, 2002; Gofers, Giebels, Den Hollander & Wilken, 2002; Den Hollander & Zewuster, 2005; Merks & Gillissen, 2005; Karbounaris & Wilken, 2007; Dankers & Wilken, 2007; Binkhorst, 2013, 2015; Wilken, 2010; Bitter, Roeg, Van Nieuwenhuizen & Van Weeghel, 2015, 2016; Bitter, Roeg, Van Assen, Van Nieuwenhuizen & Van Weeghel, 2017; Bitter, 2018; Bitter et al., 2019, 2020; Thai-Mols, 2019; Wilken & Den Hollander, 2019). Uit deze literatuur blijkt dat SRH voor diverse doelgroepen en settingen toepasbaar is, dat dit medewerkers goede handvatten biedt om de zorg vorm te geven en dat het een effectieve aanpak is ter bevordering van herstel en kwaliteit van leven van cliënten. Hieronder vermelden we alleen de meest recente onderzoeken.

Recente onderzoeken naar de uitvoering van SRH

A. *Toepassing van het SRH bij beschermd en begeleid wonen.* Uitgevoerd door Neis Bitter, Diana Roeg, Chijs van Nieuwenhuizen en Jaap van Weeghel en uitgegeven door Tranzo, Tilburg University (2019).

B. In de periode 2014-2017 is een meerjarig promotieonderzoek uitgevoerd door de Universiteit van Tilburg, een *cluster randomized controlled trial*. Het onderzoek had als doel na te gaan wat de effecten waren van training en implementatie van SRH. Het onderzoek vond plaats bij vier teams van drie regionale instellingen voor begeleid wonen (RIBW) in Nederland: Kwintes, RIBW Fonteyenburg en RIBW KA/M. Een procesevaluatie maakte deel uit van het onderzoek.

Meetmomenten: *baseline* meting bij de start, na tien maanden en na twintig maanden (periode 2012-2015). N = 184.

A. *Toepassing van SRH bij jongerenvoorzieningen van Kwintes.* Geschreven door Joep Binkhorst en uitgegeven door het Kenniscentrum Sociale Innovatie in 2013.

In 2015 schreef Joep Binkhorst een artikel over dit onderzoek, dat werd gepubliceerd in Tijdschrift Participatie en Herstel, onder de titel Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen bij jongeren.

B. Onderzoek naar de toepassing van SRH en ervaringen van jongeren en begeleiders bij twee woonvoorzieningen van Kwintes voor jongeren met psychiatrische problematiek. De teams hadden een door Kwintes zelf ontwikkelde SRH training gevolgd. De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op interviews en vragenlijsten die werden afgenomen bij in totaal 22 jongeren, en interviews met 25 medewerkers (woon- en persoonlijk

begeleiders, leidinggevendenden, gedragskundigen en rehabilitatiecoaches). Om inzicht te krijgen in de mate van modelgetrouw toepassen van de SRH (Jongeren)methodiek, de opvattingen van cliënten over hun kwaliteit van leven op verschillende levensgebieden en hun mening over de wijze waarop begeleiders hun herstel- en ontwikkelingsproces ondersteunen, is onder andere de Modelgetrouwheidsschaal SRH (Van Wijngaarden & Wilken, 2008; Wilken & Van Wijngaarden, 2011) gebruikt.

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

B. Onderzoek naar herstel bij ernstige psychiatrische aandoeningen waarin de ervaringen van cliënten zelf centraal staan. Doel van het onderzoek was het achterhalen wat cliënten als 'goede zorg' ervaren hadden. Het ging om het identificeren van uitkomsten die gerelateerd kunnen worden aan doelstellingen van SRH, zoals beter omgaan met kwetsbaarheid, empowerment en participatie. Door deze ervaringen diepgaand te analyseren is naast meer inzicht in de fenomenen van herstel, ook inzicht verkregen in de wijze waarop professionele zorg herstelprocessen kan ondersteunen. Het boek bevat de resultaten van een drietal studies. Een van deze drie studies is gebruikt voor de beschrijving van praktijkervaringen in deze interventiebeschrijving. 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.

A. *Nei Skoen: Herstelbeweging in Helmond*. Uitgevoerd door Joyce Thai-Mols van het Lectoraat Sociale Veerkracht van Fontys Hogescholen (2019).

B. Onderzoek naar de toepassing van SRH in een herstelcentrum. Hierbij is gebruik gemaakt van participerende observatie, interviews, groepsgesprekken, documentanalyse en responsieve evaluatie.

Ook vóór 2010 is er veel onderzoek gedaan naar de uitvoering van SRH. Onderstaande resultaten worden ook ondersteund door eerder onderzoek (van onder andere Gofers et al., 2002; Giebels et al. 2008; Wilken & Van Rooijen, 2001; Merks & Gillissen, 2005; Den Hollander & Zewuster, 2005).

C. Resultaten

C.1 Uitvoering

Bij onderzoek A is modelgetrouwheid gemeten. Hierbij werd de modelgetrouwheidsschaal 2.1 gebruikt (Wilken & Van Wijngaarden, 2011). Bij de experimentele groep blijkt er sprake te zijn van een redelijke tot goede modelgetrouwheid (score 3-4 op de modelgetrouwheidsschaal).

C.2 Bereik

SRH heeft een zeer breed en groot bereik (zie het handboek, Wilken & Den Hollander, 2019). Uit registratiecijfers van de RINO Groep blijkt dat er naar schatting tussen de 200.000 en 250.000 cliënten in Nederland met SRH ondersteund worden. Daarnaast is SRH ook in Vlaanderen de standaardmethodiek.

In de onderzoeken van Bitter et al. (2017; 2019) waren veertien teams uit drie RIBW's betrokken. Deze waren representatief voor de diversiteit van doelgroepen met langdurige psychische kwetsbaarheid die gebruik maakt van beschermd en begeleid wonen. Alle medewerkers van deze RIBW's zijn getraind in en maken gebruik van SRH. De RIBW's tezamen hebben ruim 9.000 cliënten. Uit het onderzoek blijkt dat de kwaliteit van leven van de cliënten toegenomen was op T2 ten opzichte van T1 (kernhandeling Versterken). Ook verminderde het aantal onvervulde zorgbehoeftes.

C.3a Waardering van en ervaring van cliënten

In drie onderzoeken is de waardering van cliënten meegenomen. Uit onderzoek van Wilken (2010) onder zes cliënten die begeleid werden met SRH, blijkt dat deze veel waardering hebben voor de relationele wijze waarop zij ondersteund worden en de effecten die dit heeft op hun kwaliteit van leven. Binkhorst (2013, 2015) constateerde dat bij de toepassing van SRH bij jongerenvoorzieningen dat cliënten zich veilig voelen (kernhandeling Verzekeren) en dat zij geholpen worden vaardigheden te ontwikkelen (kernhandeling Versterken). De jongeren ervaren dat zij ertoe doen en regie krijgen. In het onderzoek van Bitter et al. is de waardering van cliënten niet meegenomen; er is hier alleen gekeken naar uitkomstmaten zoals Kwaliteit van Leven en herstel. Het onderzoek van Thai-Mols (2019) laat zien dat cliënten de volgende werkzame elementen ervaren: acceptatie en gelijkwaardigheid, een warme veilige sfeer, het vergroten van vertrouwen in jezelf en anderen, en ruimte om jezelf te ontplooien.

C.3b Waardering van en ervaring met uitvoering van SRH volgens uitvoerders.

Uit het onderzoek van Bitter (2018) komt naar voren dat professionals SRH beschouwen als een werkwijze die handen en voeten geeft aan herstelgericht werken. Uit de beschrijvingen van praktijkervaringen in het handboek komt naar voren dat professionals in allerlei settings de visie en methodiek van SRH ervaren als een belangrijke basis voor hun werk (Wilken & Den Hollander, 2019).

C.4 Succes- en faalfactoren af te leiden uit onderzoek.

Uit diverse onderzoeken komen als succesfactoren naar voren:

- Cliënten beschouwen relationeel werken volgens SRH als een belangrijke steun.
- De systematische werkwijze helpt professionals en cliënten doelgericht te werken aan herstel.
- De krachtgerichte aanpak draagt bij aan het benutten en vergroten van mogelijkheden (vaardigheden, participatie).

Als faalfactoren komen naar voren:

- Onvoldoende tijd voor training en implementatie, waardoor professionals zich de methodiek niet goed eigen kunnen maken en kunnen toepassen.
- Turbulentie in de organisatie, bijvoorbeeld door veel personele wisselingen en reorganisaties.

C.5 Aanbevelingen voor verbetering op basis van de onderzoeksresultaten

De inzichten uit onderzoek zijn telkens gebruikt om ofwel de methodiek verder aan te scherpen, of om de implementatie te verbeteren. De vier kernhandelingen zoals die uit het onderzoek van Wilken (2010) naar voren komen, zijn verwerkt in publicaties en trainingsprogramma's. Aanbevelingen voor implementatie worden door de RINO Groep bij nieuwe opleidingstrajecten besproken met bestuur en management van de organisatie, om van meet af aan goede voorwaarden te creëren. Dit betreft onder andere:

- Inpassing van SRH in een langetermijnvisie op ontwikkeling van herstelondersteunende zorg
- Voldoende facilitering van medewerkers bij opleiding en implementatie van SRH in de dagelijkse routine
- Stabiliteit qua personeel en organisatie
- Aanpassing van elektronische dossiers aan de SRH werkwijze
- Goede samenwerking met externe partners, zoals welzijnsorganisaties, hetgeen nodig is om cliënten te helpen bij maatschappelijke participatie.

4.2. Onderzoek naar de behaalde effecten

Er zijn in de loop der jaren meerdere veranderingsonderzoeken met follow-up uitgevoerd. We beperken ons hier tot de meest recente.

A/B Toepassing van het SRH bij beschermd en begeleid wonen, uitgevoerd door Neis Bitter et al. (2018; 2019) (zie bij 4.1)

A/B Nei Skoen: Herstelbeweging in Helmond, uitgevoerd door Joyce Thai-Mols (2019).

C. Bitter et al. keken in hun onderzoek ook naar de effecten van SRH op cliënten. Bij dit onderzoek waren 263 cliënten betrokken. Als meetinstrumenten/uitkomstmaten werden gebruikt: Social Functioning Scale, Mental Health Recovery Measure, Herth Hope Index,

Nederlandse Empowerment Vragenlijst, MANSA, Mental Health Confidence Scale, CANSAS. Hieruit bleek dat bij de experimentele groep de kwaliteit van leven gemiddeld toenam, terwijl het aantal onvervulde zorgbehoeftes gemiddeld afnam.

Thai-Mols gebruikte interviews, groepsgesprekken en responsieve evaluatie (N=20). Haar onderzoek laat zien dat een herstelbevorderende werkwijze op basis van SRH leidt tot positieve resultaten bij cliënten. Cliënten ervaren dat hun zelfvertrouwen toeneemt en vaardigheden en talenten benut en versterkt worden.

5. Samenvatting werkzame elementen

- Relatieveel werken: de professional gaat op een aandachtige, gelijkwaardige en respectvolle wijze een persoonlijk-professionele verbinding aan (kernhandeling Verbinden).
- Het aansluiten bij en begrijpen van de cliënt en zijn context (kernhandeling Verstaan: op systematische wijze wordt alle informatie verzameld die nodig is om effectieve ondersteuning vorm te geven op geleide van de wensen en doelen van de cliënt met betrekking tot herstel en kwaliteit van leven.
- Het doelgericht bieden van ondersteuning bij het leren omgaan met kwetsbaarheid en het bieden van veiligheid (kernhandeling Verzekeren).
- Het doelgericht bieden van ondersteuning bij herstel: het versterken van de identiteit, zelfvertrouwen, persoonlijke vaardigheden en de kwaliteit van het sociale netwerk (kernhandeling Versterken).
- Het werken aan participatie en inclusie. Het betreft hier het helpen creëren van toegankelijke omgevingen en ondersteunende systemen.

6. Aangehaalde literatuur

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.

Beurskens, E., Van der Linde, M. & Baart, A. (2019). *Praktijkboek presentie*. Bussum: Coutinho.

Binkhorst, J. (2013). *Toepassing van SRH bij jongerenvoorzieningen van Kwintes*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Binkhorst, J. (2015). Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen bij jongeren. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*. Editie 2 – 2015.

Bitter, N. (2018). *Rehabilitation and recovery of people with severe mental health problems living in sheltered and supported housing facilities*. Tilburg: Tilburg University.

Bitter, N., Roeg, D., Van Nieuwenhuizen, Ch. & Van Weeghel, J. (2015). Effectiveness of the comprehensive approach to rehabilitation (CARE) methodology: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), 165-172.

Bitter, N., Roeg, D., Van Nieuwenhuizen, Ch. & Van Weeghel, J. (2016). Identifying profiles of service users in housing services and exploring their quality of life and care needs. *BMC Psychiatry*, 16(1), 419.

Bitter, N., Roeg, D., Van Assen, M., Van Nieuwenhuizen, Ch. & Van Weeghel, J. (2017). How effective is the comprehensive approach to rehabilitation (CARE methodology): A cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1), 396.

Bitter, N., Roeg, D., Van Nieuwenhuizen, Ch. & Van Weeghel, J. (2020). Hoe effectief is het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen? *Participatie en Herstel*, 3, 2020, pp. 45-54.

Bitter, N., Roeg, D., Van Nieuwenhuizen, Ch. & Van Weeghel, J. (2019). Training professionals in a recovery-oriented methodology: a mixed method evaluation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Volume 33, Issue 2 p. 457-466.

Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg J. (2016) *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Buitendijk, J. & Withagen, F. (2019). Van wanhoop naar zelfregie. SRH in de maatschappelijke opvang. Hoofdstuk 27 in Wilken & Den Hollander (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*. Amsterdam: SWP. pp. 421-432.

CBS (2022). <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/09/vooral-45-plussers-met-chronische-aandoening-werken-minder#:~:text=In%20Nederland%20had%20eind%202019,tot%2075%2Djarigen%2074%20procent>.

Dankers, T. & Wilken, J.P. (2007). *Arbeidsre-integratie bij mensen met psychische beperkingen*. Amsterdam: SWP.

De Heer, J. & Verhoeven, C. (2019). Een eigen huis onder de zon. Steunend Relationeel Handelen bij mensen met autisme. Hoofdstuk 23 in Wilken, J.P. & Den Hollander, D. red. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*, pp. 379-386. Amsterdam: SWP.

Den Hollander, D. & 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.

Den Hollander, D. & Wilken, J.P. (2020, derde druk 2022). *Werken in Verbinding. Praktijkboek Steunend Relationeel Handelen*. Amsterdam: SWP.

Emergis (2010) *Wat vinden cliënten van Emergis? Resultaten cliëntwaardering 2009*. Emergis.

Giebels, B., Gofers, T., Hollander, D. den & Wilken, J.P. (2002). Van vechten naar (ont)hechten. *Passage*, (3), 13-20.

Gofers, T., Giebels, B., Den Hollander, D. & Wilken, J.P. (2002). Van vechten naar (ont)hechten. Rehabilitatiegericht werken in complexe zorgsituaties binnen een psychiatrisch ziekenhuis. *Passage*, (3).

Jacobs, E. (2019). Eigen Wijze Zorg. Meer welzijn in de ouderenzorg. Hoofdstuk 25 in Wilken & Den Hollander, D. red. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*, pp. 400-410. Amsterdam: SWP.

Jungmann, N., Wesdorp, P. & Madern, T. (2020). *Stress-sensitief werken in het sociaal domein. Inzichten en praktische handvatten voor hulp- en dienstverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Huber, M. e.a. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343; d4163doi:10.1136/bmj.d4163.

Kal, D. (2001). *Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Kal, D., Post, R. & Scholtens, G. (2012). *Meedoen gaat niet vanzelf: kwartiermaken in theorie en praktijk*. Amsterdam: Tobi Vroegh.

Kal, D. (2011). *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor anders-zijn*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie - Hogeschool Utrecht.

Kal, D., Post, R. & Wilken, J.P. (2013). *Verder met kwartiermaken. Naar de verwelkoming van verschil*. Amsterdam: Tobi Vroegh.

Karbouniaris, S. & Wilken, J.P. (2007). *Arbeidsreïntegratie vanuit de GGz. Drie Nederlandse praktijken beschreven*. Amsterdam/Utrecht: SWP/Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Kievits., N. & Tiber, M. (2019). Jeugd en gezin. Over crisissen en kansen in complexe gezinssituaties. Hoofdstuk 21 in Wilken & Den Hollander, red. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*, pp. 351-365. Amsterdam: SWP.

Knevel, J. & Wilken, J.P. (2019). Sociale Inclusie. Meedoen en meetellen. Hoofdstuk 10 in Wilken & Den Hollander, red. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*, pp. 199-216. Amsterdam: SWP.

Komen, T. (2021). *Gegevens bereik SRH 2015-2021*. Utrecht: RINO Groep.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C. & Williams, J. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*. Volume 199, Issue 6 December 2011, pp. 445-452.

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

Norcross, J. (Ed.) (2011). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.

Pols, J., Michon, H., Depla, M. & Kroon, H. (2001). *Rehabilitatie als praktijk, een etnografisch onderzoek naar twee psychiatrische ziekenhuizen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Rademakers J. (2014). *Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL, 2014.

Rapp, C. & Goscha, R. (2012). *The Strengths Model. A recovery-oriented approach to mental health services*. Third Edition. New York: Oxford University Press.

Saleebey, D. (1997). *The Strengths perspective in social work practice*. White Plains, New York: Longman.

Scheffers, M. (2015, tweede druk). *Sterk met een vitaal netwerk. Empowerment en de sociaal netwerkmethodiek*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Smid, R. (2019). Na de vlucht. Herstelondersteunend werken bij getraumatiseerde vluchtelingen. Hoofdstuk 26 in Wilken & Den Hollander (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*, pp. 411-420.

Amsterdam: SWP.

Thai-Mols, J. (2019). *Nei Skoen: Herstelbeweging in Helmond*. Eindhoven: Fontys Hogeschool / Werkplaats Sociaal Domein Noord-Brabant.

Tiber, M. & Bosman, J. (2019). Tussen balans en empowerment. Ondersteunen van jongeren met een lichte verstandelijke beperking. Hoofdstuk 22 in Wilken & Den Hollander, red. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*, pp. 367-378. Amsterdam: SWP.

Tjaden, C. (2022). *Better Together. On Meaning, Effectiveness and Costs of Resource Groups for People with Severe Mental Illness*. Academisch proefschrift.

Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(4), pp.22–42.

Van der Stel, J. (2013). *Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel. Verbetering en herstel van cognitie, emotie en motivatie, regulatie van gedrag*. Amsterdam: SWP.

Van der Stel, J. (2017). *Inleiding in de psychische gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom.

Van Weeghel, J. e.a. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Van Weeghel, J., Pijnenborg, M., Van 't Veer, J. & Kienhorst, G. (Red.) (2015). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Coutinho.

Van Wijngaarden, B. & Wilken, J.P. (2008). *Een modelgetrouwheidsmaat voor het Steunend Relationeel Handelen: de ontwikkeling van een fideliteitschaal*. Utrecht: Trimbos Instituut/Storm Rehabilitatie.

Vektis (2022). *Factsheet ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)*. Zeist: Vektis.

Verbrugge, C., Stollenga, M., Den Hollander, T. & Dijkstra, B. (2019). Herstelsteun in de verslavingszorg. Wat ga je er zelf aan doen? Hoofdstuk 28 in Wilken & Den Hollander, red. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*, pp. 434-447. Amsterdam: SWP.

Walravens, T. & Douw, F. (2019). Herstel in de forensische zorg. Tussen beschermen en re-integreren. Hoofdstuk 29 in Wilken & Den Hollander, red. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*, pp. 449-460. Amsterdam: SWP.

Wampold, B. & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work, second edition*. New York: Routledge.

Warr, P. (2007). *Work, Happiness, and Unhappiness*. Sheffield: Institute of Work Psychology, University of Sheffield.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: WRR.

WHO – World Health Organisation (2001): *The international classification of human functioning*. Geneva: WHO.

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

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. (2018). *Ertoe doen. Over verbinding, inclusie en het (eigen)aardige van sociaal werk*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Wilken, J.P. & Den Hollander, D. red. (2019, tweede druk 2022). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*. Amsterdam: SWP.

Wilken, J.P. & Den Hollander, D. (2019). Kwetsbaarheid en Kracht. Een kwestie van balans. Hoofdstuk 8 in Wilken, J.P. & Den Hollander, D. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*. Amsterdam: SWP, pp 169-185.

Wilken, J.P. & Den Hollander, D. (2021). *Kleine Gids SRH*. Amsterdam: SWP.

Wilken, J.P. (2021). *Modelgetrouwheidsschaal SRH 3.0*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Witteveen, E.M.J. & Prinsen, A. (2019). Samen (k)oplopen. Herstelgerichte ondersteuning aan mensen met hersenletsel en hun naasten. Hoofdstuk 24 in Wilken, J.P. & Den Hollander, D. red. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*. Amsterdam: SWP. pp. 387-398.

Wolf, J. (2012). *Krachtwerk. Methodisch werken aan participatie en zelfregie*. Bussum: Coutinho.

Zents, J., Plambeek, N. en Wilken, J.P. (2019). Werken werkt! De inzet van trajectbegeleiding. Hoofdstuk 19 in Wilken, J.P. & Den Hollander, D. red. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*. Amsterdam: SWP. pp. 321-333.