



Handboek **Steunend**  
**Relationeel Handelen**

Werken aan herstel en kwaliteit van leven

Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander

## **Handboek Steunend Relationeel Handelen**

*Werken aan herstel en kwaliteit van leven*

Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander (redactie)

ISBN 978 90 8850 818 9

NUR 875/740

© 2019 Uitgeverij SWP Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met Uitgeverij SWP voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen door een onderwijsinstelling van een gedeelte uit deze uitgave, in papieren vorm of digitaal, (bijvoorbeeld voor plaatsing ervan op uw digitale leeromgeving of in een reader) kunt u zich richten tot: Stichting UvO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, Tel. 023-8700212, [www.stichting-uvo.nl](http://www.stichting-uvo.nl) UvO@cedar.nl.

## Voorwoord

---

Dit boek is de opvolger van het *Handboek integrale rehabilitatiebenadering* dat in 2012 verscheen. De rehabilitatiebenadering was in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw een vernieuwingsbeweging in de geestelijke gezondheidzorg, met name gericht op de zorg voor mensen met langdurige psychische kwetsbaarheid. Zij heeft veel bijgedragen aan de humanisering van de zorg. Op de rehabilitatiebenadering gebaseerde hulpverleningsmethodieken zoals het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen en het Strengths Model helpen cliënten daadwerkelijk hun kwaliteit van leven te verbeteren. De laatste twintig jaar hebben drie ontwikkelingen de kwaliteit van de zorg verbeterd. De eerste is de opkomst van de herstelbeweging; de tweede de ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid. Hierbij gaat het om onderlinge steun (peer support) die helpt bij herstel. Er is sprake van een nieuw soort professional die via opleiding en training ervaringskennis benut om een relatie aan te gaan met cliënten en hun goede ondersteuning te bieden. De derde ontwikkeling betreft de inzichten die we uit studies naar herstelprocessen kunnen ontleen over factoren die voor persoonlijk en maatschappelijk herstel van belang zijn. Door deze wetenschappelijke inzichten te integreren in opleidingen en de beroepsuitoefening ontstaan betere vormen van herstelondersteunende zorg.

Herstelondersteunende zorg is tegenwoordig de overkoepelende term voor allerlei vormen van zorg die het persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen ondersteunen. Onder persoonlijk herstel verstaan we het eigen proces van iemand om te herstellen van ontwrichtende ervaringen, de eigen identiteit terug te vinden, weer zelfregie en autonomie te verkrijgen en vaardigheden en zelfvertrouwen te herwinnen. Er is een verbinding met sociaal en maatschappelijk herstel waarbij het gaat om het (weer) vervullen van betekenisvolle sociale relaties en het realiseren van een goede woon-, werk- en inkomenssituatie. Er is nog een andere, klinische, betekenis van herstel, zoals die de afgelopen 150 jaar gedomineerd heeft: het herstellen van ziektesymptomen en het herstel van psychische functies.

Van oudsher was rehabilitatie vooral gericht op sociaal en maatschappelijk herstel. In onze integrale benadering hebben we persoonlijk herstel (of breder: kwaliteit van leven) altijd centraal gesteld en ernaar gestreefd om *alle* vormen van zorg- en dienstverlening die hieraan een bijdrage leveren in dienst te stellen van het persoonlijk herstelproces. In die zin hebben we behandeling, gericht op klinisch en functioneel herstel, altijd als onderdeel van rehabilitatie gezien.

In plaats van de term *rehabilitatiemethoden* gebruiken we tegenwoordig het begrip *herstelondersteunende methoden*. De principes van een integrale rehabilitatiebenadering zijn echter nog onverminderd van toepassing, alleen is het nu passender om van een *integrale herstelbenadering* te spreken.

## Een integrale benadering

Het woord integraal is tegenwoordig nogal populair. We zien dit bijvoorbeeld in het sociaal domein, waar sociale teams die psychosociale dienstverlening bieden in het kader van de Wmo geacht worden 'integraal' te werken. In de praktijk worden hier verschillende invullingen aan gegeven, variërend van interdisciplinair samenwerken tot het bieden van samenhangende hulpverlening op diverse probleemgebieden en het ontschotten van wettelijke regelingen.

Wat verstaan wij onder integraal?

- In een integrale benadering zien we de mens als één geheel. Mensen willen niet alleen benaderd worden vanuit een ziektediagnose of een beperking. Zij willen gezien worden in hun hele mens-zijn. Ze willen dat hun hele verhaal gehoord wordt. Ze willen aangesproken worden op hun mogelijkheden.
- We kijken zowel naar de belemmeringen als naar de mogelijkheden. We nemen alle aspecten die herstelbelemmerend en -bevorderend zijn in ogenschouw. Kracht en kwetsbaarheid worden in samenhang gezien. We verbinden ons met de denken en gevoelswereld van de persoon in kwestie. We kijken naar de levensgeschiedenis, naar ervaringen, wensen, verlangens en behoeften. We nemen aspecten van gezondheid, zelfredzaamheid, veiligheid en zingeving mee.
- Het gaat zowel om de persoon als individu als om de sociale verbanden waarin die persoon zich beweegt. Dit is het sociale netwerk van familie, vrienden, kennissen en buurtgenoten en omgevingen zoals woonomgeving, school, werk en vrije tijd. Bij een integrale benadering werken we altijd in de driehoek van persoon, belangrijke naasten en zorgverleners. We werken dus zowel individueel als omgevingsgericht.
- Persoonlijk en sociaal functioneren wordt altijd beïnvloed door de kwaliteit van aanwezige hulpbronnen. Hulpbronnen zijn niet alleen medemensen, maar ook voorzieningen op het gebied van zorg, welzijn, dienstverlening, werk en inkomen. Deze voorzieningen zijn dikwijls ingebed in regelsystemen. Bij een integrale benadering dient ook de toegankelijkheid en kwaliteit van hulpbronnen betrokken te worden. Als dit niet op of in orde is, belemmert dit ontplooiings- en participatiemogelijkheden.
- Een integrale benadering speelt zich tegelijkertijd af in drie dimensies: de relatiedimensie, de handelings- of activiteitendimensie en de tijdsdimensie. In de relatiedimensie gaat het om de relatie tussen de persoon en de hulpverlener, familie en andere leden van zijn sociale netwerk. Vanuit de hulpverlening is een goede relatie met de cliënt essentieel voor het ontwikkelen van activiteiten in de tweede dimensie, de handelingsdimensie. Zowel sociale interacties als feitelijke handelingen spelen zich af in de loop van de tijd, de tijdsdimensie. Vanuit een integrale benadering proberen we de cliënt te begrijpen in zijn tijdsperspectief, zijn ervaringen en persoonlijke levensgeschiedenis. Dit is de basis om de cliënt in het heden te ondersteunen en behulpzaam te zijn bij het verwezenlijken van nieuwe toekomstperspectieven.
- Een integrale benadering kan ook uitgewerkt worden in de organisatie van het zorgaanbod. Een mooi voorbeeld is *Active Recovery Triad*, een zorgmodel voor

mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, waarbij het werken in de triade cliënt-hulpverleners-naasten op basis van herstelprincipes verbonden wordt met passende herstelondersteunende interventies. Dit model wordt in deel 5 van dit boek beschreven.

In dit boek gaat het over allerlei aspecten en toepassingen van herstelondersteunende zorg. We kiezen er echter voor ons referentiekader te verbreden. Niet voor iedereen is herstel een passend begrip. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen met een verstandelijke beperking of met dementie. Bij mensen met een verstandelijke beperking gaat het vooral om het creëren en faciliteren van ontwikkelingsmogelijkheden, en bij veel mensen zijn die er wel degelijk. Bij mensen met dementie is een welzijn bevorderende omgeving van groot belang, waarbij hun identiteit en nog aanwezige mogelijkheden gekoesterd worden.

Voor iedereen is passende zorg van belang. In dit boek hebben we, op basis van praktijkervaringen en wetenschappelijke inzichten, de ingrediënten van *goede zorg* op een rij gezet. Goede zorg is zorg die past bij de persoon en diens situatie en die op een relationeel respectvolle en gelijkwaardige wijze gegeven wordt. ‘Zorg’ gebruiken we als overkoepelende term voor allerlei vormen van hulp- en dienstverlening, ten behoeve van mensen met allerlei problematiek. Het kan dan gaan om vormen van begeleiding en behandeling, of om dienstverlening die gericht is op het krijgen van passend werk of het oplossen van financiële problemen. Vooropstaat het begrip *kwaliteit van leven*. Zorg dient kwaliteit van leven in stand te houden en zo mogelijk te bevorderen.

### **Steunend Relationeel Handelen**

In de afgelopen dertig jaar hebben we belangrijke waarden en principes telkens verbonden met methoden waarmee professionals deze uitgangspunten in praktijk konden brengen. Deze methodiek stond tot nu toe bekend onder de noemer *Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Vanwege de veranderingen in begrippen zoals die hierboven beschreven zijn, kiezen wij er nu voor om de term *Steunend Relationeel Handelen* te gebruiken.

**Steunend:** hierin zit alles wat gericht is op ondersteuning van kwaliteit van leven: herstel, ontwikkeling, participatie en inclusie.

**Relationeel:** dit is het hart van de benadering; samenwerking tussen professional, cliënt en naasten; het aangaan en versterken van sociale verbindingen.

**Handelen:** hierin zit de actie: alle professionele handelingen die van waarde zijn.

Vakmanschap kenmerkt zich door gedegen kennis van de problemen en situaties waarmee mensen te maken kunnen krijgen in combinatie met vaardigheden om relationeel verbinding te maken en passende ondersteuning vorm te geven. Methodisch handelen is daarbij onmisbaar. Onder methodisch handelen verstaan we het op een systematische wijze aansluiten, in beeld brengen, leren begrijpen, doelen stellen, plannen

maken, uitvoeren, evalueren en zo nodig bijstellen. Hierbij kun je gebruikmaken van hulpmiddelen zoals vraag- en inventarisatielijsten en planformulieren. Waar we in de loop der jaren echter beducht voor zijn geworden, is dat in het methodisch handelen het gebruik van formulieren en dossiers kan gaan overheersen. Het gevaar is dan dat een systeem de werkelijkheid gaat overnemen, waardoor er gemakkelijk een mismatch kan ontstaan tussen professional, cliënt en naasten. De leefwereld moet voorop blijven staan. Methodische werkwijzen waar de professional gebruik van maakt, dienen ondersteunend te zijn aan het begrijpen en ondersteunen van de cliënt en zijn omgeving. In dit boek staat methodisch handelen niet voorop. De uitgangspunten, kernelementen en kernhandelingen vormen het hart van deze publicatie. De methodische uitwerking die *Steunend Relationeel Handelen* biedt, is een van de manieren om handen en voeten te geven aan uitgangspunten, kernelementen en kernhandelingen. Er zijn in Nederland echter ook andere methoden of varianten waarmee in de praktijk gewerkt kan worden. We noemen bijvoorbeeld Krachtwerk, de Individuele Rehabilitatiebenadering, Persoonlijke Toekomstplanning en het Eigen Initiatief Model.

## **Opbouw**

Dit boek bestaat uit vijf delen. In het eerste deel van het boek beschrijven we een aantal uitgangspunten voor goede zorg. Deze principes verbinden we met een tiental elementen die voor mensen van belang zijn als het gaat om welbevinden, kwaliteit van leven, herstel en ontwikkeling.

Vervolgens werken we vier zogeheten kernhandelingen uit. Dit zijn essentiële handlingscategorieën waarmee een professional in zorg en sociaal werk zijn bijdrage levert aan de kernelementen die voor een persoon, gezin of leefgemeenschap op dat moment van belang zijn. De kernhandelingen worden verbonden met de drie eerdergenoemde dimensies: de relatiedimensie, de activiteitendimensie en de tijdsdimensie.

In het tweede deel behandelen we een aantal kennisbronnen. Dit zijn theoretische kaders waaruit we kunnen putten om principes, ingrediënten en kernhandelingen inhoud te geven. Deel drie bevat een aantal uitwerkingen. Een groot aantal auteurs beschrijft in dit deel hoe *Steunend Relationeel Handelen* toegepast kan worden in verschillende contexten en bij verschillende doelgroepen. Het betreft praktijktoepassingen waarin de elementen van goede zorg zichtbaar zijn. In deel vier komt een aantal methoden aan de orde die herstel en een gezonde leefstijl ondersteunen. Ten slotte bevat het vijfde deel een aantal hoofdstukken die gaan over hoe goede zorg georganiseerd en ontwikkeld kan worden.

Daar waar we in algemene zin ‘hij’ gebruiken, wordt ook ‘zij’ bedoeld. Namen en gegevens van cliënten zijn geanonimiseerd, tenzij zij expliciet toestemming hebben gegeven om met naam genoemd te worden.

## Dankwoord

---

Aan dit boek werkten ruim vijftig auteurs mee. We willen hen zeer danken voor de tijd en energie die zij aan hun bijdrage besteed hebben. We willen alle cliënten en ervaringsdeskundigen danken die hun verhalen en voorbeelden gedeeld hebben. We danken de organisaties die hun medewerkers in de gelegenheid gesteld hebben bijdragen te schrijven.

Ten slotte willen we enkele mensen bedanken die meelazen met de basishoofdstukken in het eerste deel en die deze van constructief commentaar hebben voorzien: Martine Ganzevles, Mitchell Tiber, Anette Ludikhuize, Quirijn Spijker en Tom van den Boom.

Goede zorg en Steunend Relationeel Handelen blijven uiteraard in ontwikkeling. Ook de komende jaren gaan onderzoek en de ontwikkeling van nieuwe inzichten en toepassingen verder. We doen dit zoals we altijd gedaan hebben: met ons hart bij de mensen voor wie de zorg en ondersteuning bedoeld zijn, met onze voeten stevig in de praktijk en met open oog voor nieuwe inzichten zoals die uit kennisbronnen naar voren komen. Daarbij putten we uit drie bronnen: ervaringskennis, methodische praktijkkennis en wetenschappelijk-theoretische kennis.

*Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander*

# Inhoud

---

## Deel 1. Fundament

### Hoofdstuk 1. Uitgangspunten

De basis van Steunend Relationeel Handelen

*Jean Pierre Wilken*

1.1	Inleiding	27
1.2	Kwaliteit van leven	28
1.3	Goede zorg draagt bij aan welzijn	30
1.4	Positieve psychologie	32
1.5	Goede zorg helpt basisbehoeften te vervullen	33
1.6	Welzijn samengevat	35
1.7	Opvattingen over zorg	37
1.8	Samenlevingsgerichte zorg	39
1.9	Systeemgerichte zorg	41
1.10	Relationele zorg	43
1.11	Waar draait het om in de zorg?	45
1.12	Zorg als een responsief proces	47
1.13	Zorg als praktijk	50
1.14	Samenvatting	52

### Hoofdstuk 2. Kernelementen

Bouwstenen voor kwaliteit van leven en steunende zorg

*Jean Pierre Wilken*

2.1	Inleiding	54
2.2	Kwaliteitsmodel	54
2.3	Supportbenadering	57
2.4	Kernelementen	58
2.5	Vier kernhandelingen	64
2.6	Samenvatting	66

### Hoofdstuk 3. Verbinden

Presentie en dialogisch werken

*Jean Pierre Wilken*

3.1	Inleiding	67
3.2	Een persoonlijk-professionele ontmoeting	67
3.3	De presentiebenadering	69
3.4	Communicatief handelen	76



3.5	Hersteltaal	80
3.6	Dialogisch werken	82
	3.6.1 Wat is dialoog?	82
	3.6.2 Barrières	84
	3.6.3 Socratische dialoog	86
3.7	Samenvatting	87

#### **Hoofdstuk 4. Verstaan**

Over begrijpen en erkennen

*Jean Pierre Wilken*

4.1	Inleiding	88
4.2	De ander zien	88
4.3	Het creëren van een gedeeld perspectief	90
4.4	Omgaan met diversiteit	92
4.5	Vijf aspecten van verstaan	94
4.6	De levensgeschiedenis	98
4.7	Samenvatting	100

#### **Hoofdstuk 5. Verzekeren**

Over kwetsbaarheid, veiligheid en vertrouwen

*Jean Pierre Wilken*

5.1	Inleiding	101
5.2	Basiszekerheid	101
5.3	Over kwetsbaarheid	103
5.4	Veilige omgevingen	106
5.5	Veiligheid bieden in en door de zorgrelatie	107
5.6	Zorg voor de persoonlijke niche	108
5.7	Nabij zijn biedt houvast	110
5.8	Erkenning	111
5.9	Rechtszekerheid	114
5.10	De capabilitybenadering	118
5.11	Samenvatting	119

#### **Hoofdstuk 6. Versterken**

Krachtgericht werken

*Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander*

6.1	Inleiding	120
6.2	Empowerment	120
6.3	Veerkracht	123
6.4	Empowerment en kwetsbaarheid	124
6.5	Thema's van versterken	125

6.6	Krachtgericht werken	126
6.7	Vijf persoonlijke krachten	128
6.8	Hoop, het belang van positief denken	130
6.9	Versterkende methoden	131
6.10	De kracht van verhalen	133
6.11	Versterken van omgevingen	138
6.12	Functies van sociale netwerken	140
6.13	Versterken van sociaal netwerken	143
6.14	Samenvatting	143

## Deel 2. Kennisbronnen

### Hoofdstuk 7. Herstel

Een hoopvolle reis

*Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander*

7.1	Inleiding	147
7.2	De herstelbeweging	148
7.3	Wat is herstel?	149
7.4	Kennis uit onderzoek	153
7.5	Fasen in een herstelproces	155
7.6	Een dynamisch proces	158
7.7	Het herstelverhaal	160
7.8	Herstel als proces van persoonlijke groei en sterker worden	162
7.9	Herstel van welzijn	164
7.10	Vijf clusters van herstelfactoren	165
7.11	Samenvatting	167

### Hoofdstuk 8. Kwetsbaarheid en kracht

Een kwestie van balans

*Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander*

8.1	Inleiding	169
8.2	Kwetsbaarheid	169
8.3	Bronnen van stress	175
8.4	Persoonlijke niche	178
8.5	Omgaan met stressgevoeligheid	179
8.6	Vijf soorten krachtbronnen	182
8.7	Samenvatting	185

## **Hoofdstuk 9. De kracht van persoonlijke ervaringen**

Professionele inzet van ervaringsdeskundigheid

*Simona Karbouniaris, Sascha van Gijzel, Alie Weerman en Jean Pierre Wilken*

9.1	Inleiding	186
9.2	Geschiedenis van ervaringsdeskundigheid	186
9.3	Begrippen	187
9.4	Ervaringsleren	188
9.5	De ontwikkeling van ervaringskennis	189
9.6	Van ervaringen naar ervaringsdeskundigheid	191
9.7	Ervaringsdeskundigheid onder zorgprofessionals	193
9.8	Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid	195
9.9	Ervaringsdeskundigheid en SRH	196
9.10	Samenvatting	197

## **Hoofdstuk 10. Sociale inclusie**

Meedoen en meetellen

*Jeroen Knevel en Jean Pierre Wilken*

10.1	Inleiding	199
10.2	Sociale exclusie	200
10.3	Sociale inclusie gedefinieerd	201
10.4	Componenten van sociale inclusie	202
10.5	VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap	206
10.6	Een ecologisch model	207
10.7	Op weg naar inclusie	209
10.8	Rol van de professional	212
10.9	Samenvatting	215

## **Hoofdstuk 11. Kwartiermaken**

Werken aan een gastvrije samenleving

*Doortje Kal*

11.1	Inleiding	217
11.2	Stop de wereld, ik wil erop	217
11.3	Vermaatschappelijking en inclusie	218
11.4	Burgerschap en 'abnormalisering'	219
11.5	Ruimte maken	220
11.6	Gastvrije professionals: de presentiebenadering	222
11.7	Radicale aansluiting: de ander verstaan en tot bestaan laten komen	223
11.8	Kwartiermaken als presentie in het kwadraat	224
11.9	Kwartiermakersactiviteiten	225
11.10	Samenvatting	228

## **Hoofdstuk 12. Samen sterk zonder stigma**

Voorbij vooroordelen en schaamte

*Nanette Waterhout*

12.1	Inleiding	229
12.2	Vooroordelen en stigmatisering	230
12.3	Soorten stigma	231
12.4	Tegengaan van zelfstigma	232
12.5	Handvatten voor hulpverleners	234
12.6	Samenvatting	236

## **Deel 3. Toepassingen**

### **Hoofdstuk 13. Krachtgerichte hulpverlening vanuit persoonlijke diagnostiek**

Gedrag begrijpen vanuit een breed perspectief

*Gerard Lohuis*

13.1	Inleiding	239
13.2	Verbinding vinden	240
13.3	Gedrag begrijpen	241
13.4	Krachtgerichte benadering	244
13.5	Het eigen verhaal en coping	245
13.6	Krachtgerichte gespreksvormen	248
	13.6.1 Oplossingsgerichte gespreksvoering	248
	13.6.2 Motiverende gespreksvoering	250
	13.6.3 Narratieve gespreksvoering	251
13.7	Samenvatting	252

### **Hoofdstuk 14. Herstelondersteunende behandeling**

Een gemeenschappelijk proces

*Bettina Jacobsen en Marguerite Elfrink*

14.1	Inleiding	253
14.2	Ontwikkelingen in de ggz	254
14.3	Kerntaken van de ggz	255
14.4	Plaats van behandeling bij herstel	256
14.5	Een positieve geestelijke gezondheidszorg	258
14.6	Herstelondersteunende behandeling	259
14.7	Aspecten van herstel	263
14.8	Samenvatting	265

## **Hoofdstuk 15. Aansluiten bij mensen in moeilijke situaties**

Wederkerigheid in knellende omstandigheden

*Gerard Lohuis met medewerking van Joke van den Bosch en Mitchell Tiber*

15.1	Inleiding	266
15.2	Gedrag begrijpen en hierbij aansluiten	267
15.3	Moeilijke situaties	269
15.4	Wederkerigheid in knellende omstandigheden	271
15.5	Communicatiestrategieën	273
15.6	Hulpverleners met begrip	276
15.7	Moreel beraad	277
15.8	Van onvermogen naar kracht	279
15.9	Samenvatting	281

## **Hoofdstuk 16. Zelfhulp en onderlinge steun**

Over de waarde van peer support

*Kees van Rest, Luciano Maffioli del Castelletto en Dirk den Hollander*

16.1	Inleiding	282
16.2	Begrippen	282
16.3	Peer support	283
16.4	Zelfhulpgroepen	285
16.5	De opzet van een zelfhulpgroep volgens het 12-stappenmodel	286
16.6	Werkzame elementen	290
16.7	Samenvatting	294

## **Hoofdstuk 17. Samenwerken met naasten**

Relationeel handelen in de triade

*Henk-Willem Klaassen*

17.1	Inleiding	295
17.2	Het belang van samenwerken in de triade	295
17.3	Samenwerking in dienst van het herstelproces van de cliënt	299
17.4	Belasting en balans	301
17.5	De naaste als ervaringsdeskundige	302
17.6	Triade in de praktijk	304
17.7	Samenvatting	307

## **Hoofdstuk 18. De energie van de mantelzorg**

Een ander perspectief

*Ellen Witteveen en Wilco Kruijswijk*

18.1	Inleiding	308
18.2	Relatie centraal	309
18.3	Verschillende stadia van energie	309

18.4	De inzet van de professional	312
18.5	Goede balans	313
18.6	Kwetsbaar evenwicht	315
18.7	Over de grens	317
18.8	Samenvatting	320

### **Hoofdstuk 19. Werken werkt!**

De inzet van trajectbegeleiding

*Jacquelin Zents, Nadia Plambeek en Jean Pierre Wilken*

19.1	Inleiding	321
19.2	De plaats van werk in de ggz, een historische schets	322
19.3	Maatschappelijke context	322
19.4	Supported employment	324
19.5	Individuele plaatsing en steun	326
19.6	Relationeel werken	327
19.7	Samenvatting	333

### **Hoofdstuk 20. Kunst, herstel en inclusie**

De kracht van creativiteit

*Toinette Loeffen met medewerking van Tom Heywegen*

20.1	Inleiding	334
20.2	De betekenis en waarde van kunst en creativiteit	335
20.3	Creatief met diversiteit	338
20.4	Voorwaarden voor inclusieve ontwikkeling en participatie	340
20.5	Goede voorbeelden	343
20.6	Op zoek naar passies, kansen en mogelijkheden	347
20.7	Samenvatting	350

### **Hoofdstuk 21. Jeugd en gezin**

Over crisissen en kansen in complexe gezinssituaties

*Nicole Kivits en Mitchell Tiber*

21.1	Inleiding	351
21.2	Uit de crisis komen	352
21.3	Relationele benadering	354
21.4	Een contextuele benadering	356
21.5	De ouderrol	358
21.6	De kindrol	360
21.7	Veerkracht	361
21.8	Coping	363
21.9	Samenvatting	365

## **Hoofdstuk 22. Tussen balans en empowerment**

Ondersteunen van jongeren met een lichte verstandelijke beperking

*Mitchell Tiber en Judith Bosman*

22.1	Inleiding	367
22.2	Wat houdt een lichte verstandelijke beperking in?	367
22.3	Aandachtspunten bij behandeling en begeleiding	370
22.4	De toepassing van SRH	371
22.5	De praktijk	374
22.6	Samenvatting	378

## **Hoofdstuk 23. Een eigen huis onder de zon**

Steunend Relationeel Handelen bij mensen met autisme

*Joan de Heer en Corné Verhoeven*

23.1	Inleiding	379
23.3	Kenmerken	379
23.4	Sterke kanten van autisme	381
23.5	Jurgen	381
23.6	Melanie	383
23.7	Mike	384
23.8	Een eigen huis, een plek onder de zon	386
23.9	Samenvatting	386

## **Hoofdstuk 24. Samen (k)oplopen**

Herstelgerichte ondersteuning aan mensen met hersenletsel en hun naasten

*Ellen Witteveen en Arno Prinsen*

24.1	Inleiding	387
24.2	Informatie over hersenletsel	388
24.3	De complicerende werking van inzichtproblemen	391
24.4	Wat zijn de gevolgen voor de naasten?	392
24.5	Professionele ondersteuning	394
24.6	Samenvatting	398

## **Hoofdstuk 25. Eigen Wijze Zorg**

Meer welzijn in de ouderenzorg

*Els Jacobs*

25.1	Inleiding	400
25.2	Kenmerken van dementie	401
25.3	Eigen regie?	402
25.4	Welkomstgesprek	403
25.5	Buiten de gebaande paden denken	405
25.6	Haalbaarheid en weerstand	407

25.7	Implementatie	408
25.8	Resultaten	409
25.8	Samenvatting	410

## **Hoofdstuk 26. Na de vlucht**

Herstelondersteunend werken bij getraumatiseerde vluchtelingen

*Renate Smid*

26.1	Inleiding	411
26.2	Achtergrond van vluchtelingen in Nederland	411
26.3	Getraumatiseerde vluchtelingen in de ggz	412
26.4	Waarom een herstelgerichte behandeling?	413
26.5	Onderzoek en ontwikkeling methodiek	413
26.6	Individuele begeleiding	414
26.7	Groepsaanbod	415
26.8	Elementen	416
26.9	Resultaten	419
26.10	Samenvatting	420

## **Hoofdstuk 27. Van wanhoop naar zelfregie**

SRH in de maatschappelijke opvang

*José Buitendijk en Frans Withagen*

27.1	Inleiding	421
27.2	Doelgroep	422
27.3	Een verstoorde balans	423
27.4	De uitdaging	424
27.5	De samenwerking tussen cliënt en begeleider	424
27.6	Herstel, zelfregie en de omgeving	426
27.7	Zelfregie	426
27.8	Omgevingsvitaminen	427
27.9	Een positief leefklimaat	429
27.10	Het belang van ervaringskennis en lotgenotencontact	430
27.11	Werken met en in de samenleving	431
27.12	Samenvatting	432

## **Hoofdstuk 28. Herstelsteun in de verslavingszorg**

Wat ga je er zelf aan doen?

*Cor Verbrugge, Martinus Stollenga, Teun den Hollander, Boukje Dijkstra*

28.1	Inleiding	434
28.2	Setting en doelgroep	434
28.3	Geschiedenis van herstel in verslavingszorg	435
28.4	Visies op herstel in de verslavingszorg	437
28.5	Herstelondersteunende verslavingszorg	439



28.6	Herstelroute via culturele activiteiten	444
28.7	Andere voorbeelden	446
28.8	Wat moet er nog gebeuren in de verslavingszorg?	447
28.9	Samenvatting	447

### **Hoofdstuk 29. Herstel in de forensische zorg**

Tussen beschermen en re-integreren

*Toon Walravens en Frans Douw*

29.1	Inleiding	449
29.2	Het forensische veld	449
29.3	Herstel en herstelondersteuning	452
29.4	De forensische kliniek als herstelbevorderende omgeving	455
29.5	Steunend Relationeel Handelen	457
29.6	Innovatieve herstel- en inclusiebevorderende projecten	459
29.7	Samenvatting	460

## **Deel 4. Methoden**

### **Hoofdstuk 30. Werken met de vier kernhandelingen**

Een praktische uitwerking

*Dirk den Hollander en Jean Pierre Wilken*

30.1	Inleiding	463
30.2	Fundament	464
30.3	Praktische uitwerking van de vier kernhandelingen	467
30.4	Werken met de kernhandeling 'verbinden'	468
30.5	Werken met de kernhandeling 'verstaan'	469
30.6	Werken met de kernhandeling 'verzekeren'	473
30.7	Werken met de kernhandeling 'versterken'	476
30.8	Werken in een methodische cyclus	476
30.9	Samenvatting	478

### **Hoofdstuk 31. Herstelgerichte werkvormen**

Aan de slag met herstel

*Leonie Kusenuh en Jean Pierre Wilken*

31.1	Inleiding	480
31.2	Cursus Herstellen doe je Zelf	481
31.3	Cursus Verbondenheid	483
31.4	Herstelwerkgroep	484
31.5	De Toekomstgroep	484
31.6	Cursus Werken met eigen ervaring	486

31.7	Fotovoice	487
31.8	Training Bouwen Aan Je Toekomst	489
31.9	Wellness Recovery Action Plan (WRAP)	490
31.10	Peer-supported Open Dialogue	491
31.11	Emotional CPR (eCPR)	493
31.12	Samenvatting	494

## **Hoofdstuk 32. De Yucelmethode**

Van klacht naar kracht

*Mehmet Yücel*

32.1	Inleiding	496
32.2	Van inspiratie naar methode	496
32.3	Uitwerking	497
32.4	Stappen	500
32.5	Een voorbeeld	501
32.6	Samenvatting	504

## **Hoofdstuk 33. Recovery colleges**

Nei Skoen als leergemeenschap

*Patricia van den Dries en Dirk den Hollander*

33.1	Inleiding	505
33.2	De ontwikkeling van recovery colleges	505
33.3	Het ontstaan van Nei Skoen	507
33.4	Uitgangspunten	508
33.5	Activiteiten	511
33.6	Het verhaal van Patricia	512
33.7	Resultaten	515
33.8	Samenvatting	517

## **Hoofdstuk 34. Housing First**

Een menswaardig antwoord op dakloosheid

*Thijs Honig en Dorieke Wewerinke*

34.1	Inleiding	518
34.2	Breuk met de maatschappij	519
34.3	Traditionele aanpak van dakloosheid: de woonladder	520
34.4	Housing First: een radicaal andere aanpak	521
34.5	Essentiële elementen van het Housing First-model	521
34.6	Housing First in Nederland	523
34.7	Het succes van Housing First verklaard	525
34.8	Samenvatting	526

## **Hoofdstuk 35. Werken aan een gezonde leefstijl**

Winst voor herstel

*Sonja van Hamersveld en Mascha Mooij-Budel*

35.1	Inleiding	527
35.2	Gezondheidsproblematiek en leefstijl	527
35.3	Gezondheidsbevordering	529
35.4	Toepassing SRH	530
35.5	Gestructureerde leefstijlanamnese	532
35.6	Van leefstijlanamnese naar leefstijlplan	533
35.7	Een leefstijlbevorderende omgeving	536
35.8	Samenvatting	537

## **Deel 5 Organisatie**

### **Hoofdstuk 36. Actief herstellen in de triade**

De uitgangspunten van ART

*Bram Berkvens, Tom van Mierlo en Marij de Roos*

36.1	Inleiding	541
36.2	De basisstappen van ART	542
36.3	Evidence-based werken	545
36.4	Het ART-team	547
36.5	Organisatie en implementatie	549
36.6	Het hart van ART	549
36.7	Samenvatting	551

### **Hoofdstuk 37. Werken in een F-ACT-team**

Outreaching werken aan herstel

*Els Makaay en Bettina Jacobsen*

37.1	Inleiding	552
37.2	Geschiedenis	552
37.3	Kenmerken	553
37.4	Inbedding in de praktijk	554
37.5	Fasen van hulpverlening	555
37.6	Herstelondersteunend werken in het F-ACT-team	557
37.7	Dilemma's	560
37.7	Samenvatting	561

## **Hoofdstuk 38. Vitaal verder**

Organiseren van de expeditie naar welbevinden

*Rob de Jong en Marian de Jong*

38.1	Inleiding	562
38.2	De herstelvisie als basis	562
38.3	Een ingrijpend ander perspectief	563
38.4	Consequent organiseren vanuit onderliggende behoeften	568
38.5	De veranderexpeditie	571
38.6	Samenvatting	575

## **Hoofdstuk 39. Doelgerichte begeleiding**

Goede zorg bij Kwintes

*Linda Kreuger en Aukjen Niewijk*

39.1	Inleiding	576
39.2	Een schets van Kwintes	576
39.3	Missie en visie	580
39.4	Kompas goede zorg	581
39.5	Doelgerichte begeleiding	582
39.6	Een waaier aan activiteiten	583
39.7	Doelgerichte begeleiding in de beschermende woonvorm	584
39.8	Zelfstandig wonen in zelfbeheer	587
39.9	Reflectie	589
39.10	Samenvatting	590

## **Hoofdstuk 40. Supportgericht werken**

Kwaliteit van leven en geluk bij ORO

*Arnold Otten*

40.1	Inleiding	591
40.2	De missie en visie van ORO	591
40.3	De start	592
40.4	Kennismaking met SRH	593
40.5	Een veranderende organisatie: wijkgericht werken	595
40.6	Opleidingstraject	597
40.7	Knelpunten	598
40.8	Borging	600
40.9	Succesfactoren	602
40.10	Samenvatting	603

<b>Literatuur</b>	605
<b>Auteurs</b>	639
<b>Afkortingenlijst</b>	647
<b>Register</b>	650



Deel 1. **Fundament**



### 1.1 **Inleiding**

Soms hebben mensen vanwege een ziekte, beperking of ontwrichtende situatie hulp nodig. Als eigen kracht of de steun van hun omgeving ontoereikend is, komen professionals en voorzieningen in beeld. Professionals die helpen gezondheid en welzijn te herstellen. Voorzieningen die veiligheid, verzorging of financiële bijstand bieden. Soms hebben mensen gedurende langere tijd zorg of ondersteuning nodig. Het is de bedoeling dat dit goede zorg is. Maar wat is goede zorg? In dit hoofdstuk en in de volgende hoofdstukken werken we dit uit. Allereerst schetsen we een algemeen kader en gaan we in op het begrip kwaliteit van leven. Gezondheid en welzijn zijn belangrijke aspecten van kwaliteit van leven en goede zorg dient daarbij aan te sluiten. We onderscheiden hierbij persoonsgerichte zorg en samenlevingsgerichte zorg. Professionals in zorg, welzijn en dienstverlening richten zich primair op wat individuen nodig hebben voor hun gezondheid en welzijn. Maar zowel professionals als cliënten bewegen zich in fysieke omgevingen en sociale netwerken, en hebben te maken met systemen. De systemen die we in onze samenleving gecreëerd hebben, dienen ondersteunend te zijn aan kwaliteit van leven. Dit is echter helaas lang niet altijd het geval. Professionals in de zorg en het sociaal domein hebben ook als taak om aan de orde te stellen als systemen haperen en te helpen deze beter te laten functioneren.

In Steunend Relationeel Handelen zijn twee uitgangspunten leidend. Het ene is dat het professionele handelen gericht is op het verbeteren of handhaven van kwaliteit van (samen)leven. Het andere is dat de kwaliteit van de relatie de bedding vormt om bij te dragen aan kwaliteit van leven. Het draait om 'een goede relatie' en 'het goede leven', maar de vraag wat 'het goede' en 'een goed leven' is, moet voortdurend beantwoord worden. Dit proces speelt zich af in de interactie tussen allen die bij de zorg betrokken zijn. Steunend Relationeel Handelen is dan ook relationele zorg. We gaan in op verschillende aspecten van relationele zorg en de principes waarmee we deze als 'goede zorg' gestalte proberen te geven. Principes geven richting aan het handelen van professionals en hun organisaties. Zij geven aan wat 'de bedoeling' is.

## 1.2 **Kwaliteit van leven**

Goede zorg richt zich op kwaliteit van leven. Zij levert een bijdrage aan het in stand houden, herstellen of verbeteren van welzijn en gezondheid. Maar wat is kwaliteit van leven? In de literatuur zijn verschillende opvattingen te ontdekken, die nogal uiteenlopen (Costanza e.a., 2007). Vaak wordt het begrip omschreven met een opsomming van aspecten van het alledaagse leven die voor iedereen van belang zijn. Aspecten als inkomen, werk, gezondheid, sociale relaties en veiligheid worden in algemene zin verondersteld humane, waardige en bevredigende levensomstandigheden te weerspiegelen. Kwaliteit van leven wordt ook wel gedefinieerd als de mate waarin deze levenscondities gunstig zijn volgens algemeen maatschappelijke normen. Volgens deze benadering kan kwaliteit van leven uit economische en sociale indicatoren worden afgeleid. Voorbeelden hiervan zijn de hoogte van het inkomen en criminaliteitscijfers. Hier tegenover staat de fenomenologische benadering, waarbij het gaat om meer subjectieve dimensies als welzijn, tevredenheid en geluk. Lehman (1983) omschrijft kwaliteit van leven als 'het gevoel van welbevinden en tevredenheid, waargenomen door mensen onder hun actuele omstandigheden'.

In het concept kwaliteit-van-leven zijn dus twee componenten te onderscheiden: de objectieve component en de subjectieve component. Beide zijn van belang. Vanuit een persoonlijke beoordeling van de eigen kwaliteit van leven kunnen wensen en behoeften ontstaan.

Daarnaast zijn er altijd een aantal fundamentele basisbehoeften die voor ieder mens gelden. Kwaliteit kan te maken hebben met emotioneel welbevinden, maar ook met sociaal, fysiek en economisch welbevinden. Hierbij kun je denken aan de feitelijke huisvestings- of werksituatie. Zaken als financiële problemen, een beperkt sociaal netwerk of een chaotisch huishouden zijn redelijk objectief vast te stellen. Maar dan nog kan dit betekenen dat iemand die hiermee te maken heeft, zelf zijn kwaliteit van leven anders ziet dan zijn omgeving. Iemand's lichamelijke en psychische gezondheidstoestand bepalen mede hoe hij zijn omgeving beleeft. Zij kleuren ook de wensen en behoeften van het individu. Ook levensstijl, levenshouding en vroegere ervaringen spelen hierbij mee.

Costanza e.a. (2007) bepleiten een geïntegreerde benadering. Zij definiëren kwaliteit van leven als de mate waarin objectieve menselijke behoeften vervuld worden in relatie tot subjectieve persoonlijke of collectieve opvattingen over welzijn. Voor een subjectief ervaren gevoel van welzijn (bijvoorbeeld uit te drukken in geluk, zingeving of welvaart) gaat het erom hoe basale menselijke behoeften naar tevredenheid vervuld worden. Dit zijn bijvoorbeeld voedsel, onderdak, veiligheid, sociale banden, ontplooiing en vrijheid. De samenleving die wij met elkaar vormen, dient kansen te bieden om deze behoeften te vervullen. Dit is onder andere uitgewerkt in de *capabilitybenadering* (Nussbaum, 2011; Tirions, Blok & Den Braber, 2018).



Er is dus een verband tussen de individuele ‘kwaliteit van leven’ en de ‘kwaliteit van de omgeving’ dan wel de ‘kwaliteit van de samenleving’. Er is sprake van een continu beïnvloedingsproces tussen individu en omgeving. Onder kwaliteit van de omgeving valt een groot aantal factoren die zowel materieel als sociaal van aard zijn. Materiële kwaliteit omvat onder andere de kwaliteit van huisvesting, werkomstandigheden en inkomensvoorzieningen, maar ook veilig voedsel, schone lucht en de kwaliteit van de natuur. Sociale kwaliteit wordt wel omschreven als: ‘de mate waarin mensen in staat zijn te participeren in sociale relaties die hun welzijn, capaciteiten en individuele potentieel vergroten’ (Verharen, 2017, p. 9). Sociale relaties zijn dus belangrijk voor kwaliteit van leven. In het begrip ‘sociale kwaliteit’ komen individuele behoeften en sociale relaties samen. Soms vraagt dit ‘speciale omgevingen’ zoals zelfhulpgroepen en herstelcentra. We beschouwen deze als ‘sociale niches’, omgevingen waar je je veilig voelt en waar je gewoon mag zijn wie je bent. Een omgeving waar een prettige sociale sfeer is, zoals een buurthuis waar iedereen welkom is en waar de koffie klaarstaat, heeft een positieve invloed op de bezoekers. Een vrijwilliger met een optimistische kijk op het leven en een gulle lach, heeft een positieve invloed op de kwaliteit van leven in een verpleeghuis.

Als individu reageer je altijd op je omgeving en ben je voortdurend op zoek naar een gevoel van veiligheid in je omgeving. Bijvoorbeeld door een omgeving te zoeken of te creëren waar je jezelf mag zijn en van waaruit je kan zoeken naar plezier en uitdaging. Het hebben van zeggenschap en regie zijn hierbij belangrijk; zij maken deel uit van de ‘locus of control’. Maar altijd gebeuren er onverwachte dingen, zowel plezierige als onplezierige. Kwaliteit van leven is dus niet iets constants, maar is onderhevig aan interne en externe factoren. Om kwaliteit van leven te bewaren of te herstellen, zijn *veerkracht* en *adaptatievermogen* belangrijk. Dit is de vitaliteit die mensen van nature hebben om te reageren op veranderingen die zich voordoen en zich hieraan aan te passen. Dit wordt ook wel ‘positieve gezondheid’ genoemd: het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren (Huber e.a., 2011; 2013).

Veel van bovengenoemde aspecten komen samen in de definitie die de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hanteert<sup>1</sup>:

“An individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person’s physical health, psychological state, personal beliefs, social relationships and their relationship to salient features of their environment.”

---

<sup>1</sup> <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

In het SRH hanteren we het model van vier persoonlijke domeinen en vier levensdomeinen.

<b>Persoonlijke domeinen</b>	<b>Levensdomeinen</b>
Zorg voor zichzelf en anderen	Wonen
Welzijn en gezondheid	Werken
Veiligheid	Leren
Sociale relaties	Vrijtijdsbesteding

Figuur 1.1 Persoonlijke domeinen en levensdomeinen

Deze domeinen staan in relatie tot elkaar. De persoonlijke domeinen verdienen alle vier iedere dag aandacht. Ons leven speelt zich af op de verschillende levensdomeinen. We bewegen ons in sociale netwerken waar we allerlei sociale rollen vervullen. Psychische, sociale en fysieke aspecten spelen op elkaar in. Op sommige domeinen kun je meer kwaliteit ervaren dan op andere. Domeinen waar je erg tevreden over bent kunnen ook een tegenwicht (of kracht) vormen voor domeinen waar je niet zo tevreden over bent. Als je gezond bent, lukt het vaak beter om aan allerlei aspecten van welzijn te werken. Maar een aandoening of beperking hoeft welzijn en een gelukkig leven niet in de weg te staan. Als we gezondheid breed opvatten, dus zowel fysiek als mentaal, dan is een goede mentale gezondheid even belangrijk als een goede fysieke gezondheid.

### 1.3 **Goede zorg draagt bij aan welzijn**

Kwaliteit van leven heeft te maken met hoe goed, tevreden of gelukkig we ons voelen. Het draait om *welzijn* of *welbevinden*. Welzijn is in het Engels *well-being*. Letterlijk vertaald: je goed voelen, of anders vertaald: (een) goed (menselijk wezen) zijn. ‘Being’ is een werkwoord en drukt een proces uit: je bent in beweging, in wording en blijft ook in ontwikkeling.