



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 8560 344 3

NUR 875/740

THEMA MKL

Eerste druk, 2019 (ISBN 978 90 8850 818 9)

Tweede, licht gecorrigeerde druk, 2022 (ISBN 978 90 8560 247 7)

Derde, herziene druk, 2025

© 2025 Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Tekst- en datamining niet toegestaan.

Voorwoord

Herstelondersteunende zorg is tegenwoordig de overkoepelende term voor allerlei vormen van zorg die het persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met psychische problematiek 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.

In de integrale benadering die Steunend Relationeel Handelen voorstaat, staat persoonlijk herstel (of breder: kwaliteit van leven) centraal. *Alle* vormen van zorg- en dienstverlening die hieraan een bijdrage leveren staan in het teken van het persoonlijk herstelproces.

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 hoofdstuk 13 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 vijfendertig jaar hebben we belangrijke waarden en principes telkens verbonden met methoden waarmee professionals deze uitgangspunten in praktijk konden brengen. Aanvankelijk stond de methodiek bekend als *Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Sinds 2019 is de benadering omgedoopt tot *Steunend Relationeel Handelen*.

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 vier delen. In het eerste deel van het boek beschrijven we een aantal uitgangspunten voor goede zorg. Deze principes verbinden we met een tiental bouwstenen 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 handelingscategorieën waarmee een professional in zorg en sociaal werk zijn ondersteuning inhoud geeft die voor een persoon, gezin of leefgemeenschap op dat moment van belang is. 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 werkvelden 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.

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.

We danken alle docenten en coaches die jaarlijks honderden professionals in Nederland en Vlaanderen opleiden en begeleiden om SRH modelgetrouw toe te passen.

We danken de RINO groep die al vele jaren opleidingen in SRH verzorgt, in het bijzonder Jacquelin Zents, hoofdopleider SRH, en haar team van bevlogen kerndocenten.

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

Voorwoord	5
Dankwoord	9

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?	46
1.12	Zorg als een responsief proces	47
1.13	Zorg als praktijk	50
1.14	Samenvatting	52

Hoofdstuk 2. Bouwstenen

Elementen van kwaliteit van leven en steunende zorg

Jean Pierre Wilken

2.1	Inleiding	54
2.2	Kwaliteitsmodel	54
2.3	Supportbenadering	57
2.4	Bouwstenen	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	144

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	159
7.7	Het herstelverhaal	161
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	168

Hoofdstuk 8. Kracht en kwetsbaarheid

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. Professionele inzet van ervaringsdeskundigheid

Een onmisbare bron

Simona Karbouniaris, Sascha van Gijzel en Alie Weerman

9.1	Inleiding	186
9.2	Geschiedenis	187
9.3	De waarde van ervaringsdeskundigheid	189
9.4	De ontwikkeling van ervaringskennis	190
9.5	Professionele zelfonthulling	194
9.6	Van ervaringen naar ervaringsdeskundigheid	194
9.7	Een persoonlijk-professioneel proces	196
9.8	Ervaringsdeskundigheid en SRH	198
9.9	Samenvatting	199

Hoofdstuk 10. Sociale inclusie

Meedoen en meetellen

Jeroen Knevel en Jean Pierre Wilken

10.1	Inleiding	202
10.2	Sociale exclusie	203
10.3	Sociale inclusie gedefinieerd	204
10.4	Componenten van sociale inclusie	205
10.5	VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap	210
10.6	Een ecologisch model	211
10.7	Op weg naar inclusie	212
10.8	Generatieve praktijken	215
10.9	Profiel van een inclusiegericht professional	217
10.10	Samenvatting	220

Hoofdstuk 11. Kwartiermaken

Werken aan een gastvrije samenleving

Doortje Kal

11.1	Inleiding	222
11.2	Stop de wereld, ik wil erop	222
11.3	Vermaatschappelijking en inclusie	223
11.4	Burgerschap en 'abnormalisering'	224
11.5	Ruimte maken	225
11.6	Gastvrije professionals: de presentiebenadering	227
11.7	Radicale aansluiting: de ander verstaan en tot bestaan laten komen	228
11.8	Kwartiermaken als presentie in het kwadraat	229
11.9	Kwartiermakersactiviteiten	231
11.10	Samenvatting	233

Hoofdstuk 12. Samen sterk zonder stigma

Voorbij vooroordelen en schaamte

Nanette Waterhout

12.1	Inleiding	234
12.2	Vooroordelen en stigmatisering	235
12.3	Soorten stigma	236
12.4	Tegengaan van zelfstigma	237
12.5	Handvatten voor hulpverleners	239
12.6	Handvatten voor werkgevers	241
12.7	Samenvatting	241

Hoofdstuk 13. Actief herstellen in de triade

De uitgangspunten van ART

Bram Berkvens, Tom van Mierlo en Marij de Roos

13.1	Inleiding	243
13.2	De basisstappen van ART	244
13.3	Evidence-based werken	247
13.4	Het ART-team	249
13.5	Organisatie en implementatie	251
13.6	Het hart van ART	251
13.7	Samenvatting	253

Hoofdstuk 14. Samenwerken met naasten

Relationeel handelen in de triade

Henk-Willem Klaassen, Sascha van Gijzel en Jolanda van Boven

14.1	Inleiding	254
14.2	Zorgstandaard Naasten	254
14.3	Samen Optrekken	256
14.4	Delen van informatie	257
14.5	Verbinden met naasten	259
14.6	Verstaan	261
14.7	Verzekeren	262
14.8	Versterken	262
14.9	Hulpmiddelen	264
14.10	Samenvatting	265

Hoofdstuk 15. Krachtgerichte hulpverlening vanuit persoonlijke diagnostiek

Gedrag begrijpen vanuit een breed perspectief

Gerard Lohuis

15.1	Inleiding	266
15.2	Verbinding vinden	267
15.3	Gedrag begrijpen	268
15.4	Krachtgerichte benadering	271
15.5	Het eigen verhaal en coping	272
15.6	Krachtgerichte gespreksvormen	275
	15.6.1 Oplossingsgerichte gespreksvoering	275
	15.6.2 Motiverende gespreksvoering	277
	15.6.3 Narratieve gespreksvoering	278
15.7	Samenvatting	279

Hoofdstuk 16. Herstelondersteunende behandeling

Van visie naar praktijk

Herman van Boven en Dirk den Hollander

16.1	Inleiding	280
16.2	Ontwikkelingen in de ggz	280
16.3	De Nieuwe GGZ	281
16.4	Visie en uitgangspunten bij herstelondersteunende behandeling	283
16.5	Van cliënt naar coproductent: behandeling in dialoog	285
16.6	Kenmerken van herstelondersteunende behandeling	287
16.7	Een goed begin is het halve werk	292
16.8	Samenvatting	293

Hoofdstuk 17. Aansluiten bij mensen in moeilijke situaties

Wederkerigheid in knellende omstandigheden

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

17.1	Inleiding	294
17.2	Gedrag begrijpen en hierbij aansluiten	295
17.3	Moeilijke situaties	297
17.4	Wederkerigheid in knellende omstandigheden	299
17.5	Communicatiestrategieën	301
17.6	Hulpverleners met begrip	304
17.7	Moreel beraad	305
17.8	Van onvermogen naar kracht	306
17.9	Samenvatting	309

Hoofdstuk 18. Zelfhulp en onderlinge steun

Over de waarde van peer support

Dirk den Hollander en Luciano Maffioli del Castelletto

18.1	Inleiding	310
18.2	Begrippen	310
18.3	Peer support	311
18.4	Zelfhulpgroepen	313
18.5	De opzet van een zelfhulpgroep volgens het 12-stappenmodel	315
18.6	Werkzame elementen	317
18.7	Samenvatting	321

Hoofdstuk 19. Recovery colleges en andere herstelinitiatieven

Vrijplaatsen voor herstel

José Buitendijk, Dirk den Hollander, Toon Derison en Liesbeth de Vlieg

19.1	Inleiding	322
19.2	Gedeelde waarden	323
19.3	Laagdrempelige steunpunten	324
19.4	Hoe zien herstelinitiatieven er in de praktijk uit?	325
19.5	Varianten	328
19.6	De positieve impact van herstelinitiatieven	331
19.7	Samenvatting	334

Hoofdstuk 20. Herstel als reis

Zelfhulp op basis van SRH

Nicole Jacobs en Dirk den Hollander

20.1	Inleiding	335
20.2	Zelfhulpprincipes	335
20.3	Kernhandelingen SRH als leidraad voor zelfhulp	337
20.4	Zelfhulp en trauma	340
20.5	Hoe <i>Herstel als reis</i> te gebruiken	341
20.6	Samenvatting	342

Hoofdstuk 21. Kunst en creativiteit

Wegen naar herstel en inclusie

Dirk den Hollander

21.1	Inleiding	343
21.2	De kracht van kunst en creativiteit	343
21.3	Herstel en ontwikkeling	344
21.4	Een weldoende omgeving	346
21.5	Een toegankelijk en gevarieerd aanbod	347
21.6	Het belang van sociale contacten en diversiteit	348
21.7	Muziek bij Nei Skoen	349
21.8	Kunstloc Brabant	351
21.9	The Living Museum	351
21.10	Kunst op Recept	352
21.11	Op zoek naar passies, kansen en mogelijkheden	353
21.12	Samenvatting	356

Deel 3. Werkvelden

Hoofdstuk 22. Werken werkt!

De inzet van trajectbegeleiding

Jacquelin Zents en Nadia Plambeck

22.1	Inleiding	360
22.2	De plaats van werk in de ggz, een historische schets	361
22.3	Maatschappelijke context	361
22.4	Supported employment	363
22.5	Individuele plaatsing en steun	365
22.6	Relationeel werken	367
22.7	Samenvatting	372

Hoofdstuk 23. Jeugd en gezin

Over crisissen en kansen in complexe gezinssituaties

Nicole Kivits en Mitchell Tiber

23.1	Inleiding	373
23.2	Uit de crisis komen	374
23.3	Relationele benadering	376
23.4	Een contextuele benadering	379
23.5	De ouderrol	380
23.6	De kindrol	382
23.7	Veerkracht	383
23.8	Coping	385
23.9	Samenvatting	387

Hoofdstuk 24. Tussen veiligheid en empowerment

Ondersteunen van mensen met een licht verstandelijke beperking

Mitchell Tiber en Jean Pierre Wilken

24.1	Inleiding	389
24.2	Mensen met een licht verstandelijke beperking	389
24.3	Uitgangspunten van SRH	391
24.4	Kernhandelingen	395
24.5	Samenvatting	401

Hoofdstuk 25. Een eigen huis onder de zon

Steunend Relationeel Handelen bij mensen met autisme

Corné Verhoeven en Dirk den Hollander

25.1	Inleiding	402
25.2	Kenmerken	402
25.3	Sterke kanten van autisme	404
25.4	Het verhaal van Jorgen	405
25.5	Het verhaal van Melanie	406
25.6	Het verhaal van Mike	408
25.7	Een eigen huis, een plek onder de zon	410
25.8	Samenvatting	411

Hoofdstuk 26. Herstelgerichte ondersteuning van mensen met hersenletsel en hun naasten

Twaalf hoofdzaken en dertien misverstanden

Ellen Witteveen en Mariët Brandts

26.1	Inleiding	412
26.2	Wat is hersenletsel en wat zijn de oorzaken?	412
26.3	Wat kunnen de gevolgen van hersenletsel zijn?	413
26.4	Hersenletsel: wat vraagt dat van de naasten?	417
26.5	Hersenletsel: wat vraagt dat van de beroepskrachten?	420
26.6	Samenvatting	425

Hoofdstuk 27. Eigen Wijze Zorg

Meer welzijn in de ouderenzorg

Elze Jacobs

27.1	Inleiding	426
27.2	Kenmerken van dementie	427
27.3	Aansluiten en afstemmen	428
27.4	Welkomstgesprek	428
27.5	Een leefwereldbenadering	431
27.6	Buiten de gebaande paden denken	432
27.7	Het gewone leven centraal	432
27.8	‘Hoe bent u het gewend?’	434
27.9	Samenwerken met naasten: werken in de driehoek	435
27.10	Haalbaarheid en weerstand	436
27.11	Scholing en coaching	438
27.12	Impact	438
27.13	Samenvatting	439

Hoofdstuk 28. Plan Einstein

Een innovatieve aanpak voor de integratie van vluchtelingen

Leendert de Bell

28.1	Inleiding	440
28.2	Vluchtelingen in breder perspectief	441
28.3	Opvang en integratie van asielzoekers en vluchtelingen in Nederland	442
28.4	Oorzaken van moeizame integratie en participatie	443
28.5	Plan Einstein: meedoen vanaf dag één	445
28.6	Plan Einstein en Steunend Relationeel Handelen	447
28.7	Samenvatting	450

Hoofdstuk 29. Van wanhoop naar zelfregie

SRH in de maatschappelijke opvang

José Buitendijk en Frans Withagen

29.1	Inleiding	451
29.2	Doelgroep	452
29.3	Een verstoorde balans	454
29.4	De uitdaging	454
29.5	De samenwerking tussen cliënt en begeleider	455
29.6	Herstel, zelfregie en de omgeving	456
29.7	Zelfregie	457
29.8	Omgevingsvitaminen	458
29.9	Een positief leefklimaat	460
29.10	Het belang van ervaringskennis en lotgenotencontact	461
29.11	Werken met en in de samenleving	461
29.12	Samenvatting	463

Hoofdstuk 30. Housing First

Dakloosheid duurzaam beëindigen

Dorieke Wewerinke en Thijs Honig

30.1	Inleiding	464
30.2	Gevolgen van dakloosheid	465
30.3	Traditionele aanpak van dakloosheid: het woonladdermodel	466
30.4	Een radicaal andere aanpak	468
30.5	Essentiële elementen	469
30.6	Housing First in Nederland	471
30.7	Het succes verklaard	472
30.8	Housing First als speerpunt van het landelijk beleid	473
30.9	Samenvatting	474

Hoofdstuk 31. Herstelsteun in de verslavingszorg

Voorkom het zwarte gat

Cor Verbrugge, Martinus Stollenga en Boukje Dijkstra

31.1	Inleiding	475
31.2	Verslaving vanuit biopsychosociaal perspectief	475
31.3	Geschiedenis van herstel in verslavingszorg	476
31.4	Uitgangspunten voor herstel in de verslavingszorg	478
31.5	Voorbeelden van herstelondersteunende verslavingszorg	481
31.6	De waarde van het herstelconcept bij verslaving	486
31.7	Samenvatting	487

Hoofdstuk 32. Herstel in de forensische zorg

Tussen beschermen en re-integreren

Toon Walravens en Frans Douw

32.1	Inleiding	488
32.2	Het forensische veld	488
32.3	Herstel en herstelondersteuning	491
32.4	De forensische kliniek als herstelbevorderende omgeving	494
32.5	Steunend Relationeel Handelen	496
32.6	Innovatieve herstel- en inclusiebevorderende projecten	498
32.7	Samenvatting	499

Hoofdstuk 33. Steunend Relationeel Handelen in de palliatieve zorg

Inzichten vanuit de contextuele benadering

Arrien van Prooijen-de Jong

33.1	Inleiding	500
33.2	Wat is palliatieve zorg?	500
33.3	De praktijk	502
33.4	De impact van ziekte	505
33.5	De contextuele benadering	506
33.6	Relationele ethiek	508
33.7	Samenvatting	512

Deel 4. Methoden

Hoofdstuk 34. Werken met de vier kernhandelingen

Een praktische uitwerking

Dirk den Hollander en Jean Pierre Wilken

34.1	Inleiding	517
34.2	Fundament	518
34.3	Praktische uitwerking van de vier kernhandelingen	521
34.4	Werken met de kernhandeling 'verbinden'	522
34.5	Werken met de kernhandeling 'verstaan'	523
34.6	Werken met de kernhandeling 'verzekeren'	527
34.7	Werken met de kernhandeling 'versterken'	530
34.8	Werken in een methodische cyclus	530
34.9	Samenvatting	533

Hoofdstuk 35. Herstelgerichte werkvormen

Aan de slag met herstel

Leonie Kusenuh en Jean Pierre Wilken

35.1	Inleiding	535
35.2	Cursus Herstellen doe je Zelf	536
35.3	Cursus Verbondenheid	538
35.4	Herstelwerkgroep	539
35.5	De Toekomstgroep	539
35.6	Cursus Werken met eigen ervaring	541
35.7	Fotovoice	542
35.8	Training Bouwen Aan Je Toekomst	544
35.9	Wellness Recovery Action Plan (WRAP)	545
35.10	Peer-supported Open Dialogue	547
35.11	Emotional CPR (eCPR)	548
35.12	Training Positief bekeken!	549
35.13	Samenvatting	551

Hoofdstuk 36. De Yucelmethode

Zelf je leven positief beïnvloeden

Paul Hendriks

36.1	Inleiding	553
36.2	Van inspiratie naar methode	554
36.3	Yucelmethode in de praktijk	554
36.4	Stappen	557
36.5	Toepassingen	559
36.6	Samenvatting	559

Hoofdstuk 37. Werken aan een gezonde leefstijl

Winst voor herstel

Sonja van Hamersveld en Mascha Mooij-Budel

37.1	Inleiding	560
37.2	Het belang van een gezonde leefstijl	560
37.3	Gezondheidsbevordering	562
37.4	Toepassing SRH	564
37.5	Gestructureerde leefstijlanamnese	565
37.6	Van leefstijlanamnese naar leefstijlplan	567
37.7	Een leefstijlbevorderende omgeving en vitale medewerker	569
37.8	Samenvatting	570

Literatuur	571
-------------------	-----

Over de auteurs	611
------------------------	-----

Afkortingenlijst	619
-------------------------	-----

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 weer spiegelen. 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. Iemands 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) hanteert¹:

Quality of life is defined as “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, level of independence,

¹ <https://tinyurl.com/WHOQOL-User-Manual>

social relationships, personal beliefs and their relationships to salient features of the environment. (WHO, 1998, p. 10)

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

Persoonlijke domeinen	Levensdomeinen
Zorg voor jezelf 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.