



Methodebeschrijving Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen

Databank Effectieve sociale interventies



Kennis en advies voor
maatschappelijke ontwikkeling





Deze methodebeschrijving is gemaakt door:

Sascha van Gijzel in samenwerking met Jean Pierre Wilken en Cora Brink.
Organisatie: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Faculteit Maatschappij en Recht, Hogeschool Utrecht.
Contactgegevens:
088 481 98 31
sascha.vangijzel@hu.nl.

Sascha van Gijzel is onderzoeker bij het Kenniscentrum Sociale Innovatie van de Hogeschool Utrecht.
Jean Pierre Wilken is lector Participatie, Zorg en Ondersteuning bij het Kenniscentrum Sociale Innovatie van de Hogeschool Utrecht. Hij is tevens medeontwikkelaar en onderzoeker van de methodiek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen.

Maart 2013

Voor meer methodebeschrijvingen en eventuele vragen en/of reacties kunt u terecht bij:
www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies.

Deze methodebeschrijving is mede mogelijk gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Het werkblad dat gebruikt is voor het maken van deze methodebeschrijving, is deels gebaseerd op het Werkblad beschrijving interventie van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het RIVM.





Inhoudsopgave

Inleiding: leeswijzer	04
Samenvatting	05
1. Beschrijving methode	08
1.1 Probleemomschrijving	08
1.2 Doel van de methode	09
1.3 Doelgroep van de methode	10
1.4 Indicaties en contra-indicaties	11
1.5 Aanpak	11
1.6 Materiaal	14
1.7 Uitvoerende organisaties	15
1.8 Benodigde competenties van de uitvoerder	16
1.9 Overige randvoorwaarden	18
1.10 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies	18
1.11 Contactgegevens ontwikkelaar	20
2. Onderbouwing	21
2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode	21
2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak	22
3. Onderzoek naar praktijkervaringen	26
3.1 Praktijkervaringen van de uitvoerder	30
3.2 Praktijkervaringen van de cliënt/burger	33
3.3 Praktijkvoorbeeld	35
4. Effectonderzoek	38
4.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit	38
4.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit	42
5. Conclusies	43
5.1 Samenvatting werkzame elementen	43
5.2 Samenvatting effectonderzoek	43
6. Verantwoording	45
6.1 Zoeken en selecteren van literatuur	45
6.2 Literatuur	46
 Bijlage 1: Toelichting effectonderzoek	50
Bijlage 2: Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken	52
Bijlage 3: Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken: <i>Een weg naar wens; resultaten van het onderzoek</i>	56
Bijlage 4: Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken: <i>Rehabilitatie als instrument in complexe verpleegsituaties</i>	60





Inleiding: leeswijzer

Professionals en burgers worden in de sociale sector geconfronteerd met een wirwar aan informatie waar ze een weg in moeten vinden. Die informatie is vaak versnipperd en daardoor weinig toegankelijk. In de *Databank Effectieve sociale Interventies* brengen wij methoden waarmee in de sociale sector gewerkt wordt, bij elkaar. De methodebeschrijvingen geven een zo volledig mogelijk beeld van alle beschikbare informatie over een methode. Als hulpverlener, actief burger of vrijwilliger kunt u hiermee vaststellen of de methode geschikt is voor de situatie waarin u of uw organisatie iets wil doen. Als gemeente kunt u zich op de hoogte stellen van de methoden die er zijn en wat er bekend is over de effectiviteit. Op basis daarvan kunt u met organisaties in uw gemeente in gesprek gaan over de inzet van deze methoden. Indien u besluit om met de methode aan de slag te gaan, verwijzen we u naar de ontwikkelaar voor het handboek en eventuele andere beschikbare materialen.

De methodebeschrijving is opgebouwd langs vier lijnen. Onderdeel 1 van dit document beschrijft de methode zelf, zoals de doelen, de doelgroep en de aanpak. Onderdeel 2 laat de onderbouwing van de methode zien: de visies, theorieën en wetenschappelijke onderzoeken die de ontwikkelaar heeft gebruikt bij het ontwikkelen van de methode. Onderdeel 3 geeft zicht op de praktijkervaringen van de uitvoerder en de cliënt/burger met de methode. Onderdeel 4 geeft inzicht in wat er wetenschappelijk bekend is over de effectiviteit van de methode.

De methodebeschrijving is in nauwe samenwerking met de ontwikkelaar van de methode tot stand gekomen. Zo levert de ontwikkelaar informatie aan en geeft deze *feedback* op het concept en toestemming voor publicatie. Soms schrijft de ontwikkelaar zelf de methodebeschrijving, dan biedt MOVISIE begeleiding en geeft zij feedback. De methode wordt uitgebreid in kaart gebracht. Dit kan de ontwikkelaar op zijn beurt een impuls geven voor verdere ontwikkeling van de methode. Een methode staat dus niet stil, de methodebeschrijvingen zullen dan ook regelmatig worden herzien.

De methodebeschrijving is gebaseerd op een systematische zoektocht naar informatie. Bij die zoektocht werken de medewerker die de methodebeschrijving maakt en een informatiespecialist van de afdeling kennisstromen van MOVISIE intensief samen. Bij het zoeken van informatie over methoden zijn doorgaans de volgende zoekstrategieën toegepast: het inwinnen van informatie bij de ontwikkelaar, uitvoerende instanties en/of eventuele onderzoekers van de methode, het doorzoeken van Nederlandse en/of internationale databanken, het checken van referenties van reeds gevonden informatiemateriaal en een internet *deskresearch*. De verantwoording van de toegepaste zoekstrategieën is in beknopte zin terug te vinden in onderdeel 6.1. De zoekgeschiedenis is in uitgebreidere vorm vastgelegd in een hiertoe ontwikkelde *flowchart*, die is opgenomen in het archief van MOVISIE. Het relevante gevonden materiaal is terug te vinden in het literatuuroverzicht in onderdeel 6.2.

Bij het effectonderzoek (onderdeel 4) wordt onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit. Een toelichting op dit onderscheid vindt u in bijlage 1. Om de tekst in de methodebeschrijving zelf laagdrempelig te houden, worden de belangrijkste onderzoekskenmerken en resultaten zoveel mogelijk in woorden beschreven. De achterliggende cijfers vindt u in bijlage 3 en verder.

Wij wensen u veel inspiratie bij het lezen van deze methodebeschrijving. Wij hopen dat u zich hiermee een goed beeld kunt vormen van wat deze methode u te bieden heeft.





Samenvatting

1. Beschrijving methode

Doel

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) ondersteunt mensen met psychische en sociale kwetsbaarheid bij hun herstelproces. SRH heeft de volgende drie onderling samenhangende subdoelen.

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

Doelgroep

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

Aanpak

De basisprincipes van SRH kunnen samengevat worden als: presentiegericht, herstelgericht en krachtgericht.

De aanpak bestaat uit de volgende zes stappen:

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

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

Materiaal

Psychosociale Rehabilitatie; een integrale benadering, geschreven door Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander, uitgegeven in 1999 door Uitgeverij SWP in Amsterdam.

Zo worden cliënten burgers; praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen door Dirk den Hollander en Jean Pierre Wilken en in 2011 uitgegeven door Uitgeverij SWP in Amsterdam.





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

Uitvoerende organisaties

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

Ontwikkelaar

Dirk den Hollander: d.den.hollander@rinogroep.nl

Jean Pierre Wilken: jean-pierre.wilken@hu.nl

2. Onderbouwing

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

3. Onderzoek naar praktijkervaringen

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





ziekteverzuim van professionals (Gofers et al., 2002; Merks & Gillissen, 2005; Pols et al., 2001).

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

4. Effectonderzoek

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

Wilken en Duurkoop (2002) constateren twee jaar na invoering van SRH dat hoewel de kwaliteit van leven van betrokken cliënten niet significant is toegenomen, 50% van de cliënten het ziekenhuis heeft verlaten, waarvan het merendeel naar beschermde en begeleide woonvormen. De intensiteit van de zorg was significant afgenomen.

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

5. Samenvatting werkzame elementen

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





1. Beschrijving methode

De beschrijving van de methode is gebaseerd op de volgende handboeken.

1. *Psychosociale Rehabilitatie; een integrale benadering*, geschreven door Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander, uitgegeven in 1999 door Uitgeverij SWP in Amsterdam.
2. *Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*, geschreven door Dirk den Hollander & Jean Pierre Wilken, uitgegeven in 2011 door Uitgeverij SWP in Amsterdam.
3. *Handboek Integrale Rehabilitatiebenadering. Theorie en Praktijk van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*, onder redactie van Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander, uitgegeven in 2012 door Uitgeverij SWP in Amsterdam.

1.1 Probleemomschrijving

Er zijn mensen die zich in onze samenleving niet alleen staande kunnen houden en die aangewezen zijn op professionele hulp en begeleiding. Soms gedurende kortere periodes in hun leven, soms voor lange tijd. Hun behoefte aan begeleiding en zorg kan complex zijn, meestal doordat er meerdere dingen door elkaar lopen, zoals een psychiatrische aandoening, verstandelijke beperkingen of gedragsproblemen, werkloosheid en sociaal isolement. Kortom: het gewone leven wordt vaak gekleurd door allerlei lastige en ongewone zaken.

Kwetsbaarheid en stressfactoren

De kwetsbaarheid van mensen kan beïnvloed worden door psychische en lichamelijke factoren en kan leiden tot beperkingen in het uitoefenen van activiteiten en in de deelname aan het maatschappelijk leven. In de Rapportage Gehandicapten 2000 wordt geconcludeerd dat chronisch zieken en gehandicapten tot de meest achtergestelde groepen in onze samenleving behoren (De Klerk, 2000). Mensen die lijden aan een langdurige psychiatrische of psycheorganische aandoening zijn vaak in meerdere opzichten kwetsbaar en gevoeliger voor specifieke stressfactoren. Dit kunnen zowel interne stressfactoren zijn (stress die in het eigen lichaam ontstaat) als externe stressfactoren (stress die veroorzaakt wordt door prikkels uit de omgeving). Er is altijd sprake van een wisselwerking tussen biologische, psychologische en maatschappelijke factoren. Voorbeelden van stressbronnen zijn: hallucinaties en wanen, lichamelijke factoren, emoties, sociale druk, dagelijkse ongemakken, complexe handelingen en plotselinge gebeurtenissen. Deze factoren kunnen beperkend werken op drie niveaus: psychische en biologische functies, activiteiten en participatie (World Health Organization, 2001 in: Wilken, 2011).





Veerkracht

Veel mensen bezitten daarnaast een ongekeerde veerkracht. Die veerkracht is de basis voor het herstelproces van mensen. In dat herstelproces gaat het over het herstellen en het gebruiken van krachten. Hoewel het herstelproces persoonlijk is, zijn anderen daar wel bij nodig. Dit kunnen mensen zijn die soortgelijke situaties hebben doorgemaakt, familie of vrienden en hulpverleners. Er is steeds meer kennis over welke steun iemand kan helpen bij zijn herstelproces en hoe de steun die hulpverleners geven op een doelgerichte, effectieve manier kan worden afgestemd op de wensen en behoeften van mensen in hun herstelproces.

Omvang van het probleem

Het precieze aantal mensen met ernstige, langdurige beperkingen is niet bekend. Het is vanwege verschillen in onderzoeksmethoden, definities en operationalisaties niet gemakkelijk om aantallen eenduidig vast te stellen. Dat het om grote aantallen gaat, staat echter buiten kijf. Op grond van demografische ontwikkelingen (vooral de vergrijzing) valt te verwachten dat het aantal chronisch zieken in de toekomst nog aanzienlijk zal toenemen. De aantallen die uit onderzoek bekend zijn, geven een indicatie van de omvang van de doelgroep. De aantallen kunnen vanwege overlap en verschillen in onderzoeksmethoden niet bij elkaar opgeteld worden.

In de Rapportage Gehandicapten 2007 komt men tot ongeveer anderhalf miljoen zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige motorische beperkingen (De Klerk, 2007). Er zijn daarnaast in Nederland ruim 100.000 mensen met een verstandelijke beperking (inclusief de mensen die in een instelling verblijven) (De Klerk, 2002). Ook zijn er ongeveer 100.000 mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen in Nederland, waarbij ouderen met psychiatrische problematiek, dak- en thuislozen en mensen met psychiatrische problematiek in gevangenissen zijn meegeteld (Wiersma, 2004).

Wij nemen bij het beschrijven van de omvang van het probleem de informatie uit het handboek van de methode als uitgangspunt. Voor meer actuele of gedetailleerde informatie, verwijzen wij u naar www.cbs.nl of www.scp.nl.

1.2 Doel van de methode

Het doel van Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) is het bieden van ondersteuning aan mensen met psychische en sociale kwetsbaarheid bij hun herstelproces. Het begrip herstel verwijst naar het persoonlijke proces van mensen met psychische kwetsbaarheid waarin zij de draad weer oppakken en hun leven nieuwe vorm en inhoud geven. Het herstelproces wordt vertaald in de volgende drie onderling samenhangende subdoelen.

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





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

Persoonlijk en sociaal herstel

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

Toelichting naamgeving methode

Het woord rehabilitatie betekent zowel 'eerherstel' als 'revalidatie'. Beide betekenissen passen bij de uitgangspunten van SRH. De ideologische betekenis verwijst naar de historische verantwoordelijkheid om mensen met psychiatrische beperkingen een volwaardige plaats als medeburger te geven. De praktische betekenis verwijst naar het daadwerkelijk ondersteunen van mensen om een zo autonoom mogelijk bestaan te leiden. 'Systematisch handelen' is synoniem met methodisch handelen, het doelgericht en systematisch werken om beoogde resultaten te bereiken.

1.3 Doelgroep van de methode

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

Er zijn geen selectiecriteria. SRH is een brede basismethodiek. De methodiek is geschikt om toe te passen bij mensen die (langdurig) gebruik maken van: geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, forensische zorg, ouderenzorg, maatschappelijke opvang, zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen, zorg voor mensen met autisme, zorg voor jeugdigen en individuele trajectbegeleiding bij arbeid. De methode wordt gebruikt bij mensen die binnen een beschermde woonomgeving wonen, bij mensen die zelfstandig wonen en ambulante begeleiding ontvangen en bij mensen die gebruik maken van dagactiviteitencentra.

Diversiteit

Binnen SRH is de mens met zijn wens het uitgangspunt voor de ondersteuning. De cliënt wordt benaderd in de context van zijn levensgeschiedenis en 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. Hierin sluit SRH aan bij het gedachtegoed van Kal (2001) (zie 2.2).

Doordat SRH een basismethodiek is en er op basis van deze benadering diverse toepassingen voor specifieke groepen en settings ontwikkeld zijn, is de methode geschikt voor iedereen met psychosociale beperkingen. Binnen SRH wordt rekening gehouden met toepassing van de methode bij cliënten die bijvoorbeeld communicatief en sociaal minder vaardig zijn, onder meer doordat er voor diverse doelgroepen aparte hulpmiddelen beschikbaar zijn. Er is per sector een aparte variant van de basisopleiding SRH (zie 1.8), met hulpmiddelen die specifiek aansluiten bij de doelgroep binnen die sector. Zo kan de hulpverlener kiezen uit verschillende hulpmiddelen om te komen tot die benadering en mix van activiteiten die het beste aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt.

Daarnaast speelt de methode in op diversiteit door bijvoorbeeld een model van communicatiestrategieën aan te reiken. Dit model is een hulpmiddel om de communicatiestijl van de professional af te stemmen op de cliënt in een bepaalde situatie.

1.4 Indicaties en contra-indicaties

In de documentatie over de methode worden geen specifieke indicatie- of contra-indicatiecriteria gegeven.

1.5 Aanpak

Visie

De basisprincipes van SRH kunnen samengevat worden als: presentiegericht, herstelgericht en krachtgericht (zie 2.2). De professional streeft ernaar op een aandachtige en respectvolle wijze een betrekking aan te gaan met de cliënt, present te zijn. Het gaat om het realiseren van een werkzame persoonlijk-professionele relatie.

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

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





Kracht en kwetsbaarheid

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

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

Werken met de omgeving

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

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

Werkwijze

De werkwijze van SRH bestaat uit de volgende stappen.

1. Opbouwen en behouden van een werkzame relatie

De professional werkt actief aan het opbouwen van een evenwaardige relatie met de cliënt. Deze relatie is cruciaal en vormt de basis voor het bieden van goede professionele ondersteuning. Richtinggevend voor het opbouwen van de relatie zijn de BAP-principes: Basisveiligheid, Actieve steun en Persoonlijke ontmoeting. Deze principes zijn een uitwerking van de presentiebenadering.

In het praktijkboek staat een model van communicatiestrategieën dat praktische handvatten biedt om een werkzame relatie op te bouwen.

2. Verzamelen van informatie en met de cliënt een Persoonlijk Profiel maken

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

De ervaringen, krachten en hulpbronnen zijn te vinden in het verleden en in het heden.





Krachten uit ervaringen in het verleden kunnen bijvoorbeeld gevonden worden met de vraag: “Hoe hield je het vol?” In het heden wordt er vooral naar krachten gezocht in de omgeving van de cliënt: zijn woning, de buurt, familie en vrienden. Het werken aan het Persoonlijk Profiel is een proces; het profiel is nooit helemaal af. De professional werkt in het tempo van de cliënt. Vanuit het persoonlijk profiel kunnen professional en cliënt een persoonlijk plan (zie punt 4) maken om te werken aan kwetsbaarheid en persoonlijke krachten en hulpbronnen uit de omgeving te mobiliseren. Beschermende factoren die de kwetsbaarheid kunnen verminderen zijn bijvoorbeeld copingvaardigheden, medicatie, sociale steun, bescherming en dagstructurering.

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

Een belangrijk uitgangspunt voor de begeleiding bij SRH is aansluiten bij wensen die voor de cliënt belangrijk zijn omdat er een noodzaak, ambitie of passie mee verbonden is. De professional ondersteunt de cliënt bij het formuleren en verkennen van zijn wensen. Een wens heeft drie aspecten, de inhoud, de betekenis en de persoonlijke voorkeuren met betrekking tot de wens.

De wensen die veel betekenen voor de cliënt, waar zijn passie en motivatie inzitten, dienen als uitgangspunt binnen SRH. Aansluiten bij deze wens zorgt voor intrinsieke motivatie bij de cliënt. De persoonlijke voorkeuren maken concreet en inzichtelijk wat de cliënt zich bij de wens voorstelt. Het praktijkboek bevat een hulpmiddel voor het inventariseren van persoonlijke voorkeuren. Wensen kunnen gericht zijn op het handhaven van een bestaande positieve situatie. Binnen SRH is er daarnaast altijd oog voor veranderingsmogelijkheden: het stimuleren van persoonlijke ontplooiing en verbetering van de kwaliteit van de omgeving.

Op basis van Persoonlijk Profiel en geformuleerde wensen kiest de cliënt van welke wens hij een doel wil maken. In 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 het behalen van succeservaringen voor de cliënt en is het belangrijk om haalbare doelen op te stellen.

4. Een cliënt helpen een Persoonlijk Plan te maken,

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

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

5. Uitvoeren van het persoonlijk plan

Bij de uitvoering van het Persoonlijk Plan zijn het omgaan en accepteren van kwetsbaarheden aandachtsgebieden waarop de professional de cliënt kan ondersteunen met behulp van instrumenten. De instrumenten Signaleringsplan en Crisiskaart kunnen gebruikt worden voor





het herkennen en erkennen van waarschuwingssignalen of de in te zetten interventie in geval van een crisis.

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

6. Bijstellen van het persoonlijk plan

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

Duur en frequentie

De duur van de interventie en de frequentie en intensiteit van de contacten verschillen per persoon en per setting. Hoewel er een zekere volgorde zit in deze activiteiten, zijn het niet allemaal afgebakende stappen. Zo gaat het opbouwen en borgen van een werkzame relatie door gedurende het gehele proces. De begeleider stemt zijn handelen voortdurend af op wat de cliënt en de situatie vragen, maar blijft tegelijkertijd 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.

1.6 Materiaal

Basispublicaties

Zo worden cliënten burgers; praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen geschreven door Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander en in 2011 uitgegeven door Uitgeverij SWP in Amsterdam.

Het boek beschrijft stapsgewijs de methodiek inclusief diverse praktische instrumenten en besteedt aandacht aan de algemene basiswerkwijze van het SRH.

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

Het handboek beschrijft verschillende facetten van de integrale rehabilitatie en beschrijft achterliggende theorieën en praktijktoepassingen. Naast de theoretische achtergronden en





wetenschappelijk bewijs voor de werking besteedt het handboek aandacht aan de toepassing van SRH bij specifieke doelgroepen op basis van onderzoek en ervaringen van professionals.

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

Sectorspecifieke publicaties

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

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

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

De genoemde publicaties zijn te bestellen via www.swpbook.com of www.rinogroep.nl.

1.7 Uitvoerende organisaties

SRH is vooral ontwikkeld voor gebruik in de langdurige zorg (psychiatrie en maatschappelijke opvang), hoewel de principes van presentie, krachtgericht en herstelgericht werken ook in andere vormen van hulpverlening goed gebruikt kunnen worden.

SRH wordt toegepast door professionals in arbeidsrehabilitatie, beschermende woonvormen, binnen afdelingen van ggz-instellingen, in de maatschappelijke opvang, in ACT- en FACT-teams, bij ambulante woonbegeleiding, in de zorg voor ouderen, in zorg voor jeugdigen, in de forensische zorg, in de verslavingszorg, in de zorg voor cliënten met verstandelijke beperkingen en in de zorg voor cliënten met een stoornis in het autismespectrum. De laatste jaren wordt in de toepassing van SRH steeds meer samengewerkt met welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties, gemeenten en woningcorporaties.





1.8 Benodigde competenties van de uitvoerder

Competenties professional

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

Belangrijke benodigde vaardigheden zijn de volgende.

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

Opleiding, bij- en nascholing

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

- geestelijke gezondheidszorg volwassenen
- verslavingszorg
- forensische zorg
- zorg voor jeugdigen
- ouderenzorg
- maatschappelijke opvang
- begeleiders in de dagbesteding





- zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen
- zorg voor mensen met autisme
- individuele trajectbegeleiding (ITB).

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

- Principes en uitgangspunten (presentie, krachtgericht werken, sociale participatie, herstel en ontwikkeling, gebruik maken van natuurlijke hulpbronnen).
- Opbouw van samenwerkingsrelatie, basisprincipes van begeleiden (de zogenaamde BAP principes).
- Aansluiten bij (fase) herstelproces.
- Maken van een inventarisatie van wensen en krachten en van mogelijkheden en kansen om deze te realiseren.
- Genereren van keuzemogelijkheden (opties) en stellen van doelen.
- Plannen maken: het Persoonlijk Plan van de cliënt en het ondersteuningsplan van de professional.
- Korte introductie van de toolkit SRH.

Opleidingen, bij- en nascholing in SRH worden verzorgd door de RINO groep.
Zie voor informatie over het aanbod www.rinogroep.nl.

Infodesk bij- en nascholing

T: 030 230 84 50

E: infodeskBNS@rinogroep.nl

Werkbegeleiding door SRH-coaches

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 om het leren hanteren van een presentie- en krachtgerichte benadering. Dit is een persoonlijk ontwikkelingsproces dat tijd kost en feitelijk nooit ophoudt.

Na de basisopleiding is het nodig in de praktijk verder te leren om de methode te verbinden met de eigen beroepskennis en met de functie binnen de organisatie. Om professionals hierbij te begeleiden, zijn SRH-coaches beschikbaar die binnen hun eigen organisatie medewerkers en teams begeleiden bij (het invoeren van) herstelondersteunende zorg met behulp van SRH. Het grootste deel van de inmiddels 150 SRH-coaches is opgeleid tot Rehabilitatiecoach-Werkbegeleider (RCW). Veelal combineren zij hun taak als hulpverlener met die van coach. Binnen hun eigen team kunnen zij als vraagbaak fungeren of een rol vervullen bij kwaliteitstoetsingen. Een deel van de tijd bieden zij werkbegeleiding aan collega's, meestal bij andere teams dan hun eigen team. Zij begeleiden individuele medewerkers en teams bij het uitvoeren van begeleidingsprocessen.





Voortgezette opleidingen

Naast de basisopleidingen SRH is er nog een aantal vervolgopleidingen, namelijk die tot SRH-coach (zie hierboven), Rehabilitatiecoach-Consulent en SRH-docent.

1.9 Overige randvoorwaarden

Indicatiestelling

Er zijn geen specifieke contra-indicaties in termen van diagnose of psychische status.

Kwaliteitsbewaking

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

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

Aanbevolen wordt mensen van buiten het team de scores van de modelgetrouwheidsschaal te laten bepalen. Dit kunnen mensen uit 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.

Implementatie

Voor de implementatie wordt aanbevolen op meerdere niveaus verschillende invoeringsstrategieën tegelijk toe te passen. Belangrijke ingrediënten zijn: een heldere, overkoepelende visie en een consequent uitvoeringsbeleid voor de lange termijn, goed





leiderschap, een combinatie van intensieve scholing, coaching en intervisie voor het personeel, duidelijke taakfunctieomschrijvingen die aansluiten bij het competentieprofiel SRH en het faciliteren van de medewerkers zodat zij voldoende tijd hebben om met SRH te werken.

De organisatie

Belangrijke voorwaarde voor een goede toepassing van SRH is dat 'permanent leren' is ingebed in de cultuur en structuur in de organisatie (zie 1.8). Dit betekent dat individuele leer- en ontwikkelingsprocessen van medewerkers gefaciliteerd worden. Continu leren, het delen van ervaringen gericht op voortdurende kwaliteitsverbetering moet vanzelfsprekend worden.

Voor de organisatiestructuur betekent dit de beschikbaarheid van:

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

Kosten van de interventie

De kosten van de toepassing van SRH zijn vergelijkbaar met die van andere methoden en aanpakken binnen dezelfde domeinen.

Informatie over de kosten van trainingen en implementatie-ondersteuning zijn op te vragen bij de RINO Groep.

1.10 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies

Naast SRH zijn er ook andere interventies die gebaseerd zijn op rehabilitatieprincipes. In Nederland zijn de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en de Libermanmodules naast SRH de meest gebruikte rehabilitatiemethoden. De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) wordt overigens vaak verward met de *Integrale* rehabilitatiebenadering.

Libermanmodules

Libermanmodules zijn groepsgewijze vaardigheidstrainingen in het omgaan met aspecten van ziekte en in het ontwikkelen van vaardigheden op gebieden die van belang zijn in het kader van maatschappelijke activiteiten en participatie. De werkwijze van de Libermanmodules is gedetailleerd en geprotocolleerd. Dit biedt houvast voor de deelnemer en professional. Libermanmodules kunnen binnen SRH ingezet worden als activiteit in de uitvoeringsfase van het rehabilitatieproces.

IRB

De IRB ondersteunt mensen bij hun zelfgewenste maatschappelijk rolherstel. Net als SRH is het gericht op zowel het ontwikkelen van individuele vaardigheden als op de ontwikkeling van omgevingssteun. Bij de IRB gaat eerst de aandacht uit naar individuele vaardigheden en vervolgens naar de hulpbronnen. Actieve participatie van de cliënt bij het rehabilitatieproces





wordt binnen de IRB vormgegeven met behulp van een stappenplan. Bij het verwerven en uitproberen van vaardigheden in de uitvoeringsfase maakt de IRB gebruik van een individuele vaardigheidstraining, waar SRH vooral gericht is op het bieden en organiseren van allerlei vormen van praktische, sociale en morele steun. De werkwijze is geprotocolleerd, wat de cliënt en professional houvast biedt.

SRH

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

De Libermanmodules en de IRB verschillen te sterk van SRH om beschikbaar effectonderzoek als indirect bewijs mee te nemen

1.11 Contactgegevens ontwikkelaars

Dirk den Hollander: d.den.hollander@rinogroep.nl

Jean Pierre Wilken: jean-pierre.wilken@hu.nl





2. Onderbouwing

2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode

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

Inspiratie

De ontwikkelaar heeft gebruik gemaakt van werkzame elementen uit buitenlandse rehabilitatiebenaderingen. Uit de Engelse rehabilitatiebenaderingen – onder meer van Douglas Bennett en Geoff Shepherd (Watts & Bennett, 1983; Shepherd, 1984) – is de aandacht voor aangepaste omgevingen van waaruit herstelprocessen van cliënten ondersteund kunnen worden overgenomen (zie 2.2).

Uit de Amerikaanse benaderingen (Boston University; Centre for Psychiatric Rehabilitation), in Nederland verspreid door de Stichting Rehabilitatie '92, is de aandacht voor de individuele en methodische steun aan cliënten overgenomen (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 1990; Korevaar, Dröes, & Bassant, 2008). Anthony heeft aangetoond dat cliënten in staat zijn ontwikkelingsgerichte doelen te formuleren en dus deelnemer zijn in hun eigen leerproces. Binnen SRH is dit terug te vinden in de visie dat de wens/behoefte van de cliënt uitgangspunt moet zijn (zie 2.2).

Voor het verbeteren van kennis en vaardigheden van cliënten vinden de ontwikkelaars ook inspiratie bij Robert Paul Liberman van de Universiteit van Los Angeles. Hij ontwikkelde een aantal gestructureerde trainingsmodules (Liberman, 2008); zie onderdeel 1.10.

De bekende Maastrichtse psychiater Detlef Petry (Petry & Nuy, 1997) heeft de ontwikkelaars geïnspireerd tot aandacht voor de relatie. Hij is bij uitstek een voorbeeld van een hulpverlener die in de eerste plaats als mens naast zijn cliënten stond en hen jarenlang bleef vergezellen. Voor de concrete uitwerking van dit aandachtspunt hebben de ontwikkelaars gebruik gemaakt van de presentiebenadering (zie 2.2).

Ten slotte zijn Den Hollander en Wilken geïnspireerd door Basaglia en de zijnen in Italië (De De Girolamo, Politi & Fusar-poli, 2008). Basaglia slaagde erin een maatschappelijk steunsysteem *avant la lettre* te creëren waardoor het psychiatrisch ziekenhuis overbodig werd. Het is een mooi voorbeeld van het gegeven dat cliënten in de eerste plaats burgers zijn. Basaglia benadrukt het belang van een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie, van een genormaliseerde omgeving en van mogelijkheden om daarin te participeren. In SRH zijn deze uitgangspunten terug te zien in de aandacht die wordt besteed aan de mogelijkheden die de samenleving biedt





voor participatie van mensen met psychische beperkingen (zie 2.2).

Verbreding van de doelgroep

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

De verbreding van het 'hersteldenken' naar andere domeinen van zorg en welzijn sluit aan bij de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die als centraal uitgangspunt heeft: het volwaardig functioneren van alle mensen als burgers in de samenleving. Tevens stimuleert de Wmo het organiseren van ondersteuning in de samenleving, wat aansluit bij een belangrijk onderdeel van het SRH, namelijk alle activiteiten die er op gericht zijn om gastvrijheid en wederzijdsheid in de samenleving te bevorderen (kwartiermaken; zie ook 2.2).

Terug naar de kern

Na twintig jaar ontwikkeling en praktijkervaring constateerden de ontwikkelaars dat SRH een goede en brede toepasbaarheid heeft gekregen. De 'breedheid' ging echter ten koste van de overzichtelijkheid. Professionals die getraind werden in SRH verzuchtten: "Wat een hoop mogelijkheden, waar moet ik beginnen?" De methodiek zelf werd verward met de bij de methode beschikbare hulpmiddelen (zoals vragenlijsten, invulschema's en checklists).

Deze constatering was aanleiding voor het schrijven van het praktijkboek 'Zo worden cliënten burgers', waarin Den Hollander en Wilken teruggaan naar de kern van het SRH. Die kern bestaat uit het aangaan van de relatie, het aansluiten bij wensen en behoeften van de cliënt en het bieden van effectieve ondersteuning gericht op herstel en maatschappelijke participatie. In dit praktijkboek zijn ook nieuwe inzichten opgenomen die sinds 1999 als theoretische verdieping voor SRH gediend hebben, zoals de presentietheorie van Baart (2001), het empowermentmodel van Rapp & Gosha (2006), de inzichten uit herstelstudies (Wilken, 2010) en de inzichten uit Kwartiermaken (Kal, 2001)(zie ook 2.2).

Doorontwikkeling

Het Kenniscentrum Sociale Innovatie van de Hogeschool Utrecht werkt voortdurend aan evaluatie, onderzoek en doorontwikkeling van SRH. Zo loopt er momenteel een kwalitatief onderzoek naar een door Kwintes ontwikkelde toepassing van SRH gecombineerd met het competentiemodel ten behoeve van hun doelgroep 'jeugd'. De Universiteit van Tilburg voert momenteel een meerjarige gecontroleerde effectstudie uit. Het onderzoek is gestart in mei 2012. De resultaten zullen bekend zijn in de loop van 2016.

2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

Voor de onderbouwing van probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak verwijzen de





ontwikkelaars naar de integrale rehabilitatiebenadering, de herstelbeweging, de presentiebenadering, krachtgericht werken, kwartiermaken en onderzoek naar milieu- of omgevingsgerichte interventies.

Integrale rehabilitatiebenadering

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

Herstelbeweging

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

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

Deze pijlers zijn expliciet opgenomen in de werkwijze van SRH.

Presentiebenadering

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

“Karakteristiek voor de presentiebenadering is: er zijn voor de ander, alles draait om de goede en nabije relatie (veel meer dan om het kost wat kost wegpoetsen van problemen), om zorg, om de waardigheid van de ander, om de basale act van erkennen, zodat de ander – hoe gek, hoe anders ook – voluit in tel is, om wederzijdsheid (van hartelijkheid tot strijd), om alledaagse werkvormen, om verhalen, om nauwgezette





afstemming op de leefwereld, om de wil de ander uit te graven, het beste van zijn of haar mogelijkheden waar te laten worden en niemand ooit af te schrijven (ook als zo ongeveer alles aan hem of haar niet meer deugen wil), om een soort voorzichtige traagheid en een zogeheten “latende modus” van werken die ruimte geeft aan wat zich niet maken of afdwingen laat.” (Baart, 2003).

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

Krachtgericht werken

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

Aandacht voor de omgeving

Geïnspireerd door Engelse rehabilitatiebenaderingen, onder meer van Douglas Bennett en Geoff Shepherd (Watts & Bennett, 1983; Shepherd, 1984)) besteedt SRH veel aandacht aan de omgeving van cliënten. Uitgangspunt is dat een omgeving (of leefmilieu) een persoon in staat moet stellen goed te kunnen leven met zijn beperkingen en zich verder te kunnen ontplooiën. Binnen SRH wordt op basis van de wensen en persoonlijke voorkeuren van de cliënt gekeken welke omgeving bij hem past. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een omgevingsprofiel, een analyse van het sociale netwerk en een ‘vitamineprofiel’ van een herstelbevorderende omgeving. Vervolgens kan een hulpverlener activiteiten, zoals kwartiermaken, in de maatschappelijke omgeving ondernemen die de cliënt ondersteunen bij het verkrijgen van de gewenste omgeving en het versterken van zijn sociale netwerk.

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

Kwartiermaken

Een belangrijke manier om toegang te krijgen tot gewenste omgevingen is de methode kwartiermaken (Kal, 2001). Kwartiermaken kan in de meest brede zin beschouwd worden als





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

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

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





3. Onderzoek naar praktijkervaringen

De beschrijving van de praktijkervaringen van de professional en cliënt/burger zijn gebaseerd op de volgende publicaties.

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

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

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

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

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

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

Deze onderzoekspublicatie is het resultaat van het project 'Handreiking Ambulante Woonbegeleiding'. Het onderzoek is mede uitgevoerd door één van de ontwikkelaars van SRH. Doel van het project was het onderzoeken en beschrijven van de werkwijzen van de ambulante woonbegeleiding en het methodisch verder ontwikkelen van deze werkwijzen. Het project was een samenwerking tussen STORM Rehabilitatie, GGz Nederland en Vindicta.

Het onderzoek vond plaats binnen vier ambulante teams van Vindicta waar gewerkt wordt volgens het SRH. Het onderzoek was een kwalitatief praktijkgericht ontwikkelingsonderzoek waar de praktijkervaringen van de professionals centraal stond. De volgende onderzoeksmethoden zijn gebruikt.

- Semigestructureerde interviews met professionals.
- Handelingsonderzoek om een SRH-toepassing met bijpassend dossier te ontwikkelen voor ambulante woonbegeleiding, in twee rondes via interviews en dossieronderzoek. De resultaten werden door de professionals, coördinatoren van de teams en projectgroep





besproken.

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

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

In dit onderzoeksrapport beschrijft één van de ontwikkelaars de effecten van de implementatie van SRH in een psychiatrisch ziekenhuis. De volgende twee onderzoeksvragen stonden centraal.

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

Het betrof hier een tweejarige follow-up studie waarbij gegevens verzameld werden van 117 cliënten, dat is 45% van de cliënten die verbleven op de onderzochte locatie. Het betrof merendeels een ernstig gehandicapte groep. Van hen was 62% al meer dan vijf jaar in klinische zorg.

Er zijn binnen het onderzoek diverse onderzoeksmethoden gebruikt, kwalitatieve en kwantitatieve methoden. Het kwantitatieve deel is terug te lezen in onderdeel 4.1 van deze methodebeschrijving. Het deel dat met behulp van kwalitatieve methoden is onderzocht, is gebruikt voor onderdeel 3.

- Er is onder cliënten een enquête gehouden naar hun wensen op het gebied van wonen en hun mening over de kwaliteit van het rehabilitatiegericht werken.
- Onder de medewerkers zijn enkele enquêtes gehouden naar hun mening over de kwaliteit en de effecten van het scholingsprogramma, de resultaten van het rehabilitatieproces bij cliënten en naar de resultaten van het zorgvernieuwingsproject als geheel.

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

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

Bij het onderzoek zijn gegevens verzameld van 156 cliënten van de sector Langdurige Zorg en Wonen waar sinds 1998 met de methode SRH wordt gewerkt. De onderzoekspopulatie bestond in 2003 uit 159 en in 2004 uit 156 cliënten, waarvan 101 cliënten op beide momenten deel uitmaakten van de populatie.

Betrokken professionals zijn bevraagd over de relatie tussen complexiteit van zorg en de SRH-methode (zie 3.1). Het kwantitatieve deel van het onderzoek is beschreven in onderdeel 4.1.

5. *Rehabilitatiegericht werken met mensen met ASS*, geschreven door D. Den Hollander en J. Zewuster in 2005.





In dit rapport beschrijft één van de ontwikkelaars de werkzaamheden van de door het Dr. Leo Kannerhuis en RIBW Arnhem & Veluwe Vallei in het leven geroepen werkgroep 'Rehabilitatie en ASS'. Doel was een methode te beschrijven voor de begeleiding en behandeling van volwassen (wordende) mensen met Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) wonend in of toewerkend naar Beschermd Wonen. Deze werkgroep had de taak te komen tot een integratie van de milieutherapie en de levensloopbenadering zoals het Leo Kannerhuis die gebruikt en van de methode SRH, die bij RIBW Arnhem & Veluwe Vallei de basis is voor de begeleiding.

Dit rapport is geen onderzoeksrapport maar beschrijft het ontwikkeltraject van de methode en is een weergave van de activiteiten van de werkgroep 'Rehabilitatie en mensen met ASS' die door de beide instellingen is ingesteld. Het wordt niet duidelijk of er professionals zijn geïnterviewd en hoeveel. De toepassing van SRH bij mensen met ASS wordt in het laatste hoofdstuk van het rapport geïllustreerd aan de hand van een uitgebreide casus waar tevens de ervaringen van de betrokken professional aan bod komen. Deze ervaringen zijn gebruikt in onderdeel 3.1 van de methodebeschrijving.

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

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

7. *Arbeidsre-integratie vanuit de ggz*, geschreven door S. Karbouniaris en J.P. Wilken, in 2007 uitgegeven door Uitgeverij SWP te Amsterdam.

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

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

Deze publicatie beschrijft een onderzoek van één van de ontwikkelaars naar herstel bij ernstige psychiatrische aandoeningen. In het onderzoek staan de ervaringen van cliënten zelf centraal. Doel van het onderzoek was het achterhalen van wat cliënten als 'goede zorg' ervaren hadden. Het ging om het identificeren van uitkomsten die gerelateerd kunnen worden aan doelstellingen van SRH, zoals beter omgaan met kwetsbaarheid, empowerment en participatie. Door deze ervaringen diepgaand te analyseren, wordt behalve inzicht in de fenomenen van herstel, ook inzicht verkregen in de wijze waarop professionele zorg herstelprocessen kan ondersteunen. De dissertatie bevat de resultaten van een drietal studies. Eén van deze studies is gebruikt voor de beschrijving van praktijkervaringen in deze beschrijving. Het gaat om een narratieve





kwalitatieve analyse van dertien verhalen van mensen met diverse psychische problematiek. Bij zeven van deze dertien mensen is ondersteuning geboden met behulp van SRH.

9. *Van vechten naar (ont)hechten*, geschreven door T. Gofers, B. Giebels, D. den Hollander en J.P. Wilken, in 2002 gepubliceerd in Passage nr. 3, pag 13-20.

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

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

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

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

11. *Samenvatting resultaten CTO 2011. Onderzoek naar tevredenheid onder cliënten van SMO Breda e.o.* Gepubliceerd door SMO Breda in 2012. Geraadpleegd op 6 maart 2013, <http://www.smobreda.nl/upload/news/Samenvatting%20resultaten%20CTO%202011.pdf>

In deze samenvatting staan de belangrijke conclusies die naar voren zijn gekomen uit het onderzoek dat SMO Breda in het najaar van 2011 heeft laten uitvoeren naar de tevredenheid van cliënten met de zorg- en dienstverlening. Stichting Maatschappelijke Opvang Breda e.o. is een combinatie van voorzieningen in Breda en omgeving met 170 medewerkers voor mensen met langdurende of acute problemen. De medewerkers hanteren sinds 2010 SRH als basismethodiek. Alle cliënten zijn voor het onderzoek gevraagd een schriftelijke vragenlijst in te vullen. Van hen heeft 53% meegewerkt, een deel met ondersteuning van een externe onderzoeker. Het aantal respondenten is niet bekend. De vragenlijsten zijn anoniem verwerkt door een extern onderzoeksbureau.

In het onderzoek is gekeken naar vier onderwerpen: de leefomstandigheden op de locaties, de werkrelatie met de begeleiders, de hulpverlening en het resultaat van de hulp. Daarnaast is cliënten gevraagd een rapportcijfer te geven voor de hulpverlening.

12. *Wat vinden cliënten van Emergis? Resultaten cliëntwaardering 2009*, gepubliceerd door Emergis in 2010.

Deze beknopte publicatie biedt een resultatenoverzicht van de cliëntwaardering van Emergis, de onderzoeksopzet wordt niet nader toegelicht. Emergis is een centrum voor geestelijke





gezondheidszorg in Zeeland. Emergis biedt preventie aan specifieke risicogroepen en behandelt en begeleidt circa 10.000 mensen die psychiatrische hulp of ondersteuning nodig hebben. Er werken circa 1.500 medewerkers vanuit zo'n vijftig locaties verspreid over Zeeland. De medewerkers in de langdurende zorg werken volgens het SRH.

Jaarlijks meet Emergis wat cliënten vinden van de door hun geboden zorg, voorzieningen en medewerkers. Ze gebruiken daarvoor de cliënt quickscan: een vragenlijst die ze samen met hun cliëntenraad hebben opgesteld. In 2009 deden ruim 1000 cliënten mee aan het onderzoek. Cliënten hebben via een *quickscan* verschillende onderwerpen gewaardeerd door middel van een cijfer. Het onderzoek brengt zo de waardering van cliënten (n=1031) op een aantal onderwerpen in beeld, namelijk informatievoorziening, hulpverlener, eigen invloed, wonen, eten, communicatie en resultaat.

13. *Cliënten en medewerkers in hoge mate tevreden*, gepubliceerd door Kwintes in 2009.

Geraadpleegd op 6 maart 2013, http://www.kwintes.nl/wat_is_kwintes/tevredenheid. Volgens haar website heeft Kwintes, waar ruim 1000 medewerkers met SRH werken, twee onafhankelijke onderzoeken laten verrichten naar de mate van tevredenheid van cliënten en medewerkers binnen Kwintes. De resultaten van deze onderzoeken zijn in 2009 bekend geworden. Beide onderzoeken laten zien dat Kwintes met de resultaten hoger scoort dan vergelijkbare organisaties in Nederland. Om welke onderzoeken het precies gaat is niet duidelijk. Het aantal respondenten en de onderzoeksopzet zijn evenmin bekend.

3.1 Praktijkervaringen van de uitvoerder

De methode biedt structuur

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

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

De cliënt, zijn wensen en mogelijkheden staan centraal

Professionals zien de cliëntgerichtheid als een pluspunt, de zorg wordt hierdoor respectvoller en





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

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

Een unitcoördinator zegt het volgende over de invoering van SRH:

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

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

Aandacht voor de relatie

Eén van de werkzame ingrediënten van SRH is het opbouwen van een wederzijdse relatie waarbij problemen worden aangepakt op basis van wederzijds vertrouwen en hoopvolle bemoediging (Giebels et al., 2002; Giebels, Reinders, Van de Voort & Den Hollander, 2008).

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

Het aansluiten bij de wens van de cliënt is niet hetzelfde als het kritiekloos accepteren van wat de cliënt wil. In de studie van Gofers et al. (in: Giebels et al., 2002) ondervond de cliënt uiteindelijk steun bij datgene dat het meest belangrijk in haar leven was: het verkrijgen van een meer autonoom leven. Doordat zij deze steun ervoer, ontwikkelde zich een





samenwerkingsrelatie. En binnen deze relatie konden ook eisen gesteld worden, was er ruimte voor – gelijkwaardige – onderhandeling en ontstond er voldoende gespreksruimte om te praten over ‘heikele zaken’ (Giebels et al., 2002).

Bij het opbouwen van een evenwaardige relatie kan het model van communicatiestrategieën een handig hulpmiddel zijn. Een ambulante begeleider, geciteerd in Wilken & Van Rooijen (2001), vertelt over het gebruik van enkele strategieën.

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

Toepasbaarheid SRH

Uit verschillende onderzoeken (Wilken & Van Rooijen, 2001; Hollander & Zewuster, 2005; Karbouniaris & Wilken, 2007; Dankers & Wilken, 2007) blijkt dat SRH voor diverse doelgroepen en settings toepasbaar is.

De invoering en toepassing van SRH in de organisatie vraagt tijd voor de professionals. Professionals zijn dikwijls probleemgericht opgeleid en dienen zich een nieuwe visie en oriëntatie eigen te maken. De snelste resultaten worden geboekt in de houding ten opzichte van de cliënten (Giebels et al., 2002; Pols et al., 2001).

Het succes is groter als op meerdere niveaus verschillende invoeringsstrategieën tegelijk worden toegepast. Belangrijke voorwaarden zijn onder andere een heldere, overkoepelende visie en een consequent uitvoeringsbeleid voor de lange termijn van het bestuur en/of het management (Giebels et al., 2002). Hoe belangrijk een gemeenschappelijke visie ook op uitvoerend niveau is, illustreert het volgende citaat.

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

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

Een professional zegt: *“Het zit er zo in: het is maandag baddag. Hoe meer wij dat eruit proberen te halen, hoe meer sommigen zich vasthouden aan het veilige oude vertrouwde:*





douchen op maandag en donderdag.” (Pols et al., 2001).

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

Ervaren opbrengsten

Drie jaar na implementatie van SRH bleek dat meer dan 50% was verhuisd van de verblijfsafdelingen naar begeleid en beschermd wonen buiten het psychiatrisch ziekenhuis (Pols et al., 2001). In een setting waar ambulante woonbegeleiding wordt aangeboden nam de zelfredzaamheid van cliënten toe, waardoor minder zorg nodig was (Wilken & Van Rooijen, 2001). Medewerkers waren meer tevreden over de kwaliteit van zorg die zij leverden; de arbeidstevredenheid nam toe en ziekteverzuim nam af (Merks & Gillissen, 2005). Binnen re-integratietrajecten van mensen met psychiatrische beperkingen wordt SRH ervaren als een goede ondersteuning voor een ontwikkelings- en herstelproces richting opleiding en werk (Karbouniaris & Wilken, 2007; Karbouniaris & Wapenaar, 2010).

3.2 Praktijkervaringen van de cliënt/burger

Er is maar weinig onderzoek waarin rechtstreeks de ervaringen van cliënten onderzocht is. Wel blijkt uit tevredenheidsmetingen bij instellingen die gebruik maken van SRH dat cliënten een hogere waardering hebben voor de zorg dan het landelijk gemiddelde van vergelijkbare instellingen (Kwintes, 2009; Emergis, 2012; SMO Breda, 2012).

Cliënten ervaren dat de zorg van hulpverleners die werken volgens SRH bijdraagt aan hun herstel. Zij ervaren de ondersteuning vanuit een gelijkwaardige relatie, het bieden van continuïteit, de erkenning van hun eigenheid, het gebruik maken van en het versterken van eigen kracht en de beschikbare hulpbronnen als positief (Wilken, 2010). Hulpverleners sloten goed aan bij de persoon, bij de wensen en behoeftes die op dat moment belangrijk waren in het herstelproces, spraken hen aan op hun mogelijkheden en leerden hen om te gaan met belemmeringen.

Met behulp van een aantal uitspraken van cliënten (Wilken, 2010) wordt hieronder per thema geïllustreerd hoe zij de ondersteuning volgens SRH hebben ervaren.

Kwaliteit van een presente, steunende relatie

Binnen SRH wordt veel aandacht besteed aan het werken aan en behouden van een evenwaardige samenwerkingsrelatie op basis van de theorie van de presentiebenadering. Binnen de presentiebenadering is de grondhouding van de professional ‘er zijn’ en hij streeft er





naar op een aandachtige en respectvolle wijze een betrekking aan te gaan met de cliënt. Uit de volgende citaten blijkt dat dit door de cliënten ook zo ervaren wordt.

(p. 126): *Meteen de eerste keer dat we elkaar ontmoetten, kwam hij bij me over als een erg aardige man. Gelijk had ik het gevoel: ja, ik kan mezelf zijn bij jou, dat is dus erg fijn.*

(p. 126): *Dat is waar het om draait. Je wilt gezien worden als een volwaardig persoon, serieus genomen worden.*

(p. 130): *Het hielp me veel dat zij mij volgde, dat ik niet in een keurslijf gedwongen werd, bijvoorbeeld 'in een jaar moet je beter zijn'. Ze zei: 'we gaan samen op weg en dan zien we wel.' Haar ondersteuning was nauw verbonden met mijn weg, mijn tempo, mijn ervaringen.*

(pag. 135): *Op momenten dat het niet zo goed ging, zeiden ze: 'We zien dat het niet zo goed gaat met je, maar wat wil je er aan doen?' Praten, overleggen: erg belangrijk. Niet zomaar wat doen.*

(pag. 135): *Zij betrokken me bij alles, zelfs toen ik erg psychotisch was. Mijn ouders hebben dit ook erg op prijs gesteld, dat ze erbij betrokken werden. Je hebt het idee dat je op hetzelfde niveau zit.*

Omgaan met kwetsbaarheid

Binnen het herstelproces is belangrijk dat de cliënt leert om te gaan met zijn kwetsbaarheid. Een signaleringsplan kan hierbij een handig instrument zijn.

(pag. 148): *Een signaleringsplan hielp me erg. Omdat het precies op papier stond, wist ik wat ik moest doen en natuurlijk mijn man ook.*

Hoop en empowerment

In SRH wordt krachtgericht gewerkt, dat wil zeggen dat er gezocht wordt naar versterking van de mogelijkheden in de cliënt en in diens (natuurlijke) omgeving.

(pag. 131): *Ze gaf me hoop dat het beter zou gaan.*

(pag. 144): *Toen ik erg depressief was, belde ik J. op. Toen zij hij: 'Ik weet dat je het kan'. Ik voelde me erg onzeker en ik had het gevoel dat ik het niet zou kunnen. En hij zei gewoon tegen mij: 'Je kunt het'. En ik geloofde hem.*

(pag. 152): *Toen kwam hij binnen, keek rond en zei: 'O, wat is het netjes hier, dat heb je goed gedaan'. (...) Hij zei: 'Je hebt ook kwaliteiten, echte kwaliteiten, weet je.'*

Mogelijkheden voor herstel, ontwikkeling, participatie

In het herstelproces is er binnen SRH, naast aandacht voor het individu en zijn mogelijkheden, aandacht voor een herstelondersteunende omgeving en het deelnemen aan die omgeving.





(pag. 151): *Ik begon maaltijden te bereiden hier in R. (rehabilitatiecentrum), samen met een maatje, voor een grote groep mensen, gewoonlijk rond de 15 personen. Ik begon steviger grond onder de voeten te krijgen. Ik hield ervan recepten te kiezen en soms was het spannend, want zouden ze het wel lekker vinden? Maar op een zeker moment ontdek je dat het goed gaat. Toen voelde ik echt dat ik iets zinvol aan het doen was.*

(pag 152): *Ik moest een soort stevigheid ontwikkelen. R. (een rehabilitatiecentrum) bood me de mogelijkheid te oefenen, te groeien.*

(pag. 152): *Je moet weer van jezelf gaan houden, zelfvertrouwen krijgen (...). Al die gesprekken met H. hielpen me om mezelf te herontdekken, om het geloof in mijzelf op te bouwen.*

(pag. 154): *Toen ik weer thuis was, werd ik zo angstig dat ik geen boodschappen durfde te gaan doen. (....) Toen is hij met me mee gegaan naar de supermarkt en na een aantal keren kon ik het zelf.*

3.3 Praktijkvoorbeeld

Praktijkvoorbeeld 1 komt uit het artikel *Van vechten naar (ont)hechten* (Giebels et al., 2002). Het verhaal is geanonimiseerd en voor deze beschrijving flink ingekort.

Situatieschets

De laatste twee jaar verblijft Els op de gesloten afdeling. De relatie met behandelaars en verpleegkundigen laat zich karakteriseren als een 'vechtrelatie'. De vele conflicten draaien steeds om het gegeven dat Els stelt niet ziek te zijn en maatschappelijk goed kan functioneren. De hulpverlening doet tegelijkertijd haar uiterste best haar te overtuigen dat ze wel degelijk ernstig ziek is en zichzelf erg overschat. Er is voortdurend een gevecht over de medicatie. Dat zij met medicatie minder psychotisch is, schrijft Els aan andere factoren toe. Haar belangrijkste wens is: 'Ik wil zelfstandig wonen'. De hulpverleners zien dit als een onrealistisch doel wat niet nagestreefd moet worden. Het beleid is erop gericht om Els aan de afdeling te hechten om in rustiger patroon terecht te komen, zodat aan 'realistische' doelen gewerkt kan worden.

Begin van de rehabilitatiebenadering

Een nieuw perspectief ontstaat nadat de hulpverleners geschoold zijn in de uitgangspunten van de Integratie Rehabilitatie Benadering (niet te verwarren met IRB) en de methodische uitwerking daarvan in SRH. Er wordt gestart met het onderzoeken wat de wensen van Els zijn, haar gewenste kwaliteit van leven. Binnen het levensdomein *wonen* wil ze zelfstandig wonen buiten de instelling. Binnen het levensdomein *leren* wil ze een auto leren besturen en een rijbewijs halen. Onderzoek van de persoonlijke domeinen, zingeving, gezondheid, zelfzorg en sociale relaties geeft inzicht in de betekenis die Els hieraan geeft, (*persoonlijke criteria*). Voor Els zijn zelfstandig wonen en een rijbewijs verbonden met zingeving: 'Ik wil leven als ieder ander





normaal mens want ik ben niet ziek, ik hoor hier niet thuis.' Ook 'zelfzorg' is voor Els belangrijk. Zij ziet zichzelf als een zelfredzame, autonome vrouw en wil ook zo bejegend worden. Ze wil ook beter leren koken.

Voor de professionals is het erg moeilijk om aan te sluiten bij de wensen van Els. De meningen binnen het team verschillen te erg van de wens van Els ten opzichte van het denken vanuit haar kwetsbaarheid. Verder is een aantal professionals bang om nieuwe wegen in te slaan en zo ontstaat een impasse. Els blijft vasthouden aan haar grote wens. De relaties met teamleden verslechteren. Uiteindelijk heeft Els nog maar met twee personen contact: de psycholoog en de teamleider. Om zo nauw mogelijk aan te sluiten bij haar persoonlijke voorkeur, wordt besloten dat de teamleider de rol van persoonlijk begeleider op zich neemt.

Opbouw van een samenwerkingsrelatie: van vechten naar hechten

De teamleider in zijn rol van persoonlijk begeleider geeft veel aandacht aan het opbouwen van een werkzame samenwerkingsrelatie. Hij hanteert het sturingsprincipe 'de wens van de cliënt en de daarmee samenhangende ondersteuningsbehoeftes. Hierdoor verbetert de gespreks- en handelingsruimte en ontstaat er ruimte om te onderhandelen. De teamleider stelt dat hij bereid is om Els te steunen bij haar wensen maar dat er wel voorwaarden zijn: 'Ik wil wel dat je de medicatie blijft innemen, hierbij hoort ook het bepalen van de bloedspiegels. Ook wil ik dat je contact houdt met iemand van ons wanneer je eenmaal zelfstandig woont.' Als onderhandelingsinzet kwam Els met de vraag om eenmaal per week een gesprek met de psycholoog te hebben. Daarbij vonden zowel Els als haar moeder het belangrijk dat de teamleider de begeleiding af zou maken.

Er werd contact gelegd met verhuurders in de regio. Deze fase bleek vooral belangrijk voor het verstevigen van de band. De moeder van Els was aanvankelijk erg sceptisch maar kon meer begrip krijgen toen haar verzekerd werd dat Els bij dit proces voortdurend begeleid zou worden. Daardoor kon gewerkt worden aan een bondgenootschap (triade) tussen Els, haar moeder en de hulpverleners.

In het kader van zelfstandig willen wonen, komt ook het medicatiegebruik naar voren. Getuige haar te lage bloedspiegels, neemt Els haar medicatie onregelmatig in, hoewel ze dit ontkent in een gesprek met de teamleider. Volgens Els reageert haar lichaam niet op de medicijnen. Dit wordt niet bestreden om aan te sluiten bij de beleving van Els. Voorgesteld wordt dat zij een paar weken haar medicatie onder toezicht inneemt, om tot een objectief oordeel te komen. Els geeft aan eigenlijk geen medicijnen te willen. Dit is aanleiding om de noodzaak van haar medicatie en haar ziekte bespreekbaar te maken. Wat gebeurt er als zij haar medicatie niet inneemt (ervaring uit het verleden)? Deze benadering is effectief. Els zegt toe haar medicatie te zullen in nemen. Eerst krijgt zij haar medicatie nog dagelijks aangeboden. Wanneer de bloedspiegels goed zijn, wordt overgegaan naar medicatie in eigen beheer per week. Els is enthousiast! Ze gaat zelfstandig naar het lab en vraagt meerdere malen of de uitslag al binnen is. Dit leidt tot een situatie waarbij de bloedspiegels binnen de referentiewaarden blijven, tot op de dag van vandaag.

Een rijbewijs halen

Lees in de uitgebreide versie van dit praktijkvoorbeeld (Giebels et al., 2002) hoe Els en het team zijn omgegaan met haar wens om een rijbewijs te halen.





Zelfstandig wonen

Els stort zich weer volledig op de woningmarkt. Ze onderneemt zelf alle activiteiten en de persoonlijk begeleider ondersteunt haar daarbij. Els ervaart dat de woningen niet voor het opscheppen liggen. Ze krijgt steeds meer inzicht in de diverse woonmogelijkheden (omgevingsbesef) en kan dit leggen naast haar eigen opvattingen (persoonlijke criteria). Zij heeft een realistischer tijdsperspectief ontwikkeld en weet dat zij niet meteen een huis krijgt. Bij de uitvoering van de wens zelfstandig te koken en boodschappen te doen laat Els zien dit goed te kunnen en dat zij met het budget uitkomt. Toen kon een volgende belangrijke stap gezet worden: Els kon terecht in een open afdeling, een prachtige oude villa buiten het terrein van de instelling.

Els is erg blij met haar nieuwe woonsituatie. Ze heeft een mooiere kamer en woont met mensen waarmee ze betere aansluiting heeft. Belangrijk is dat deze villa niet op het terrein van het ziekenhuis staat. Dat ze zich prettiger en veiliger voelt, blijkt onder andere uit het feit dat zij gitaar speelt voor de hele bewonersgroep.





4. Effectonderzoek

4.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit

Hieronder zijn twee veranderingsonderzoeken met follow-up beschreven.

1. *Een weg naar wens; resultaten van het onderzoek*, geschreven door J.P. Wilken en P. Duurkoop, uitgegeven in 2002 door Zwolse Poort in Zwolle.

Dit onderzoek, mede uitgevoerd door één van de ontwikkelaars, is verricht in het kader van een zorgvernieuwingsproject bij Zwolse Poort, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in de regio West-Overijssel. Zwolse Poort biedt zorg aan mensen met psychiatrische problematiek. Het zorgvernieuwingsproject had tot doel volwassen cliënten met chronische psychiatrische aandoeningen op basis van gerichte rehabilitatieprogramma's het best passende zorgarrangement te bieden, om hen in staat te stellen de kwaliteit van hun leven te vergroten. Een belangrijk onderdeel van het zorgvernieuwingstraject was het scholen van het personeel in verschillende rehabilitatiemethoden, namelijk SRH, IRB en een algemene rehabilitatiecursus gericht op dagbesteding. Van het verplegend personeel/persoonlijk begeleiders hebben er 48 de scholing SRH afgerond en negen de scholing IRB.

Twee onderzoeksvragen stonden centraal:

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

Onderzoeksaanpak

In 1997 is aan alle cliënten verblijvende in de Zwolse Poort, locatie Franciscushof gevraagd of ze deel wilden nemen aan een evaluatieonderzoek naar de effecten van de invoering van de rehabilitatiebenadering. Van de 262 cliënten wilden 117 personen meedoen (45%). Uit de rapportage wordt niet duidelijk hoeveel van deze cliënten werden begeleid met SRH en hoeveel werden begeleid met IRB of zonder specifieke rehabilitatiemethode.

Er is op verschillende manieren informatie verzameld.

1. Registratie van verhuizing naar een andere afdeling of vertrek van het terrein.
2. Afname van drie verschillende vragenlijsten bij aanvang (1997) en einde (2001) van de onderzoeksperiode en bij een deel van de cliënten ook tussentijds (jaar en aantal niet bekend):
 - Het *Lancashire Kwaliteit van Leven Profiel, uitgebreide Nederlandse Versie* (Van Nieuwenhuizen, Schene & Koeter, 1998) om de kwaliteit van leven te meten.
 - De *Zorg Vraag Schaal en Zorg Aanbod Schaal* (Van der Werf, 1995) om de zorgvraag en het zorgaanbod te meten.
 - De Nederlandse versie van de REHAB (Van der Gaag & Wilken, 1994) om de mate van psychosociale invaliditeit te meten.





3. De medewerkers zijn schriftelijk gevraagd naar de resultaten van het rehabilitatieproces bij cliënten.

Kritische kanttekeningen

Oorspronkelijk zou dit een longitudinaal onderzoek worden met een looptijd van vijf jaar. Doordat de aangevraagde subsidie niet werd toegekend, moest dit beperkt worden tot drie jaar.

Het aantal cliënten dat uiteindelijk begeleiding kreeg volgens de IRB, wordt niet genoemd in de publicatie. Volgens de onderzoekers was dit zo klein dat een statistische analyse bij de vergelijking van de resultaten van de ingezette methoden niet goed mogelijk was. De vergelijking van de resultaten is daarom vooral gericht op begeleiding volgens SRH versus begeleiding zonder specifieke rehabilitatiemethode.

In de analyses van verandering in kwaliteit van leven, verandering in zorgvraag en zorgaanbod en de verandering in de woonsituatie, is niet gedifferentieerd tussen cliënten die begeleid werden volgens SRH en cliënten die met een andere methode werden begeleid.

In de analyse van de relatie tussen het oordeel van hulpverleners over de resultaten van de rehabilitatietrajecten enerzijds en de toegepaste begeleidingsmethode hebben de onderzoekers eerst groepen gevormd op basis van het oordeel over de resultaten (stabiel, et cetera). Vervolgens onderzochten zij binnen de 'stabiele' groep welk percentage met SRH was begeleid en welk percentage zonder rehabilitatiemethode. Er is dus niet per toegepaste begeleidingsmethode (SRH of geen rehabilitatiemethode) gekeken naar de percentages die een oordeel 'stabiel' kregen van de hulpverleners.

Onderzoeksresultaten

In dit onderzoek is geen significant effect aangetoond op de kwaliteit van leven van de gehele onderzoekspopulatie. Deze was gemiddeld genomen hetzelfde gebleven. Hoewel er in individuele gevallen in de afzonderlijke domeinen op het Lancashire Kwaliteit van Leven profiel wel sprake was van verbetering, is dit niet significant als dit opgeteld en gemiddeld wordt in een totaalscore. Dit geldt ook voor de scores op een geaggregeerd niveau voor de hele populatie.

Zorgvraag en zorgaanbod zijn gemiddeld genomen ongeveer gelijk gebleven. In de woonsituatie is wel een verandering te zien. Aan het begin van het zorgvernieuwingsproject woonde 78% op het terrein (35% in een behandelunit, 43% in een bungalow op het terrein). Aan het eind van het project was dat 47% (21% in een behandelunit, 26% in een bungalow op het terrein). Ook de zorgintensiteit, gemeten in aantal uren zorg is afgenomen. Voorafgaand aan het project maakte 80% van de cliënten gebruik van een voorziening waarin 16 of meer uren zorg werd geboden. Aan het eind was dit 62%. In de categorieën 8 uur, 8 tot 16 uur, 16 uur en 16 tot 24 uur was een afname in percentages te zien. In de categorieën minder dan 8 uur ambulant en 24-uurszorg was een toename in percentages te zien.

Op basis van het oordeel van hulpverleners over het resultaat van het rehabilitatieproces op cliënten zijn vijf groepen gemaakt: een groep die volgens de hulpverleners stabiel is gebleven, een groep die volgens de hulpverleners een verbetering liet zien, een groep die volgens de





hulpverleners meer klinische zorg nodig had, een groep die volgens hulpverleners meer ambulante zorg nodig had en een restgroep. Bij de eerste drie groepen is per groep gekeken hoeveel procent binnen die groep begeleid is zonder specifieke rehabilitatiemethode, met SRH, met IRB of waarbij de gebruikte methode onbekend was. Van de groep die stabiel bleef, is 75% begeleid met SRH en 10% zonder specifieke rehabilitatiemethode. Van de groep die verbetering liet zien, werd 48% procent begeleid met SRH en 30% zonder specifieke rehabilitatiemethode. Hieruit concluderen de onderzoekers dat het effect van SRH groter is dan het effect van begeleiden zonder specifieke rehabilitatiemethode. Het aantal cliënten dat met SRH respectievelijk zonder specifieke rehabilitatiemethode is begeleid, wordt niet vermeld.

1. *Rehabilitatie in complexe zorgsituaties* geschreven door A. Merks & R. Gillissen, uitgegeven in 2005 door Emergis in Goes.

Merks & Gillissen deden een tweejarige follow-up studie naar de effecten van de implementatie van SRH in een psychiatrisch ziekenhuis op de complexiteit van zorg. De onderzoeksvraag was in hoeverre SRH de verpleegkundige instrumenten in handen geeft om, in complexe zorgsituaties, de zorg aan de cliënt beter vorm te geven. De relatie tussen de complexiteit van zorg enerzijds en het doel van SRH – ondersteuning van de cliënt bij zijn herstelproces – wordt niet expliciet gemaakt in de publicatie.

Onderzoeksaanpak

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle op het moment van het onderzoek klinisch opgenomen cliënten in de sector Langdurige Zorg en Wonen (LZW) van Emergis, centrum voor geestelijke gezondheidszorg in Zeeland. Bij Emergis wordt sinds 1998 gewerkt aan de invoering van SRH.

Gebruikt is het door het Nederlands Zorg Instituut (NZI) ontwikkelde meetinstrument 'Scoringslijst voor de meting van de complexiteit van verpleegsituaties in de psychiatrie'. Met dit instrument kan een inschatting gemaakt worden van de zogenaamde 'complexiteit van verpleegsituaties' bij de psychiatrische cliënt. De acht items van het instrument zijn: stabiliteit van de verpleegsituatie, meervoudige problematiek, kritische incidenten, verantwoordelijkheid, signalering, afweging rechten, multidisciplinaire zorg en gespecialiseerde verpleegkundige technieken (Kanters, 1993, in: Merks & Gillissen, 2005).

Hoewel de gegevens al langer werden verzameld, is ervoor gekozen alleen de metingen van 2003 en 2004 mee te nemen in de analyse. Reden daarvoor is dat in de jaren voor 2003 de scores door een enkele hulpverlener buiten aanwezigheid van onderzoekers waren bepaald en dit naar de mening van de onderzoekers minder betrouwbaar is dan de procedure die vanaf 2003 is toegepast. In 2003 (t=0) en in 2004 (t=1) zijn de cliënten die op dat moment klinisch waren opgenomen in de sector LZW per afdeling gescoord met behulp van het instrument door twee teamleden van de betreffende afdeling en in aanwezigheid van de onderzoekers.

De onderzoekspopulatie bestond in 2003 uit 159 en in 2004 uit 156 cliënten, waarvan 101 cliënten op beide momenten deel uitmaakten van de populatie. In deze periode was er dus sprake van een verloop van ongeveer een derde van de cliënten. De implementatie van SRH was in 2003 al een tijd bezig, dus vergelijking van de gegevens op beide momenten geven niet een verschil





tussen wel en geen SRH, maar tussen een meer en minder gevorderde implementatie van SRH.

Naast deze meting hebben verpleegkundigen/begeleiders die deelnamen aan het onderzoek een vragenlijst beantwoord over de invloed die zij ervaren van rehabilitatiegericht werken op de complexiteit van zorg.

Daarnaast is per cliënt vastgelegd of er in 2004 wel of geen signaleringsplan aanwezig was en, indien niet aanwezig, of een signaleringsplan voor de betreffende cliënt relevant zou zijn. Dit signaleringsplan is een onderdeel van SRH. Zo ontstonden er drie groepen die wat betreft complexiteit van zorg met elkaar zijn vergeleken. Van de 156 cliënten hadden er 64 een signaleringsplan en 53 hadden geen signaleringsplan. Er waren 39 cliënten die geen signaleringsplan hadden maar daar naar de mening van de geïnterviewde professionals wel baat bij zouden kunnen hebben. Hierbij zijn de gegevens van 2004 gehanteerd, omdat de hulpverleners zelf aangaven dat ze op dat moment beter konden beoordelen of een signaleringsplan wel of niet zinvol was voor de cliënt, vanwege ruimere ervaring met de signaleringsplannen en vanwege de toegenomen kennis van rehabilitatie.

Kritische kanttekeningen

Het feit dat de populaties op de meetmomenten niet hetzelfde waren (omdat er een verloop van cliënten was) kan effect hebben gehad op de resultaten van dit onderzoek.

De twee meetmomenten liggen relatief dicht op elkaar en beide ruim na de start van de implementatie van SRH. Het is dus de vraag in hoeverre de resultaten iets zeggen over het verschil tussen wel en geen SRH; gemeten is eerder het verschil tussen meer en minder SRH, waarbij de mate waarin SRH op beide momenten modelgetrouw werd toegepast onbekend is.

In het onderzoek is niet duidelijk aangegeven wat de relatie is tussen de effectiviteit van SRH en de vergelijking van scores op items van complexiteit van zorg tussen cliënten met en zonder signaleringsplan.

Onderzoeksresultaten

De vergelijking van de complexiteitsmetingen van 2003 en 2004 laten een redelijk onveranderd beeld zien qua complexiteit van zorg. Uitzondering is het aspect 'gespecialiseerde verpleegkundige technieken', dat een significante daling laat zien. De onderzoekers stellen dat dit de vraag oproept in hoeverre SRH van invloed is geweest op deze daling. Ze geven aan dat het erop lijkt dat het rehabilitatiegericht werken de medewerkers zodanig houvast geeft, dat specifieke therapeutisch-verpleegkundige technieken minder hoeven te worden aangewend.

Zoals aangegeven zijn drie groepen cliënten vergeleken:

1. cliënten met een signaleringsplan
2. cliënten zonder signaleringsplan
3. cliënten zonder signaleringsplan, voor wie dit volgens hulpverleners wel relevant zou zijn.

Cliënten met een signaleringsplan (groep 1) scoren significant lager op het item 'kritische incidenten' dan cliënten zonder signaleringsplan (groep 2); hulpverleners geven dus aan dat zij een hogere kans hebben op het ontstaan van een kritisch incident (bijvoorbeeld





decompensatie, agressie, automutilatie).

Cliënten met een signaleringsplan (groep 1) scoren significant lager op het item 'signalering' dan cliënten zonder signaleringsplan (groep 2); hulpverleners geven dus aan dat cliënten met een signaleringsplan zich meer bewust zijn van veranderingen in hun situatie, waardoor gemakkelijker afspraken gemaakt kunnen worden over het tijdig aangeven als er decompensatie dreigt.

Op het item 'verantwoordelijkheid' scoort de groep zonder signaleringsplan (groep 2) significant lager dan de groep die geen signaleringsplan heeft maar dit, volgens de hulpverleners, wel zou moeten hebben (groep 3). Dit wil zeggen dat het moeilijker is om afspraken te maken met de cliënten zonder signaleringsplan. Het maken van afspraken wordt in deze situaties bemoeilijkt door gebrek aan kennis en vaardigheden of door psychisch onvermogen van de cliënt.

Bij de groep zonder signaleringsplan waarbij wordt aangegeven dat dit wel relevant zou zijn (groep 3), worden significant meer 'gespecialiseerde verpleegkundige technieken' toegepast dan bij de groep met een signaleringsplan. Met andere woorden, bij de groep van cliënten die geen signaleringsplan hebben maar voor wie het wel relevant zou zijn om er één op te stellen, wordt bij de zorgverlening meer volstaan met de algemene psychiatrische basiszorg en worden minder speciale verpleegkundige technieken toegepast.

4.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit

De ontwikkelaar voert geen onderzoek aan naar soortgelijke methoden, noch in Nederland, noch in het buitenland. Dergelijke onderzoeken zijn evenmin gevonden bij de door MOVISIE uitgevoerde literatuursearches (zie 6.1).





5. Conclusies

5.1 Samenvatting werkzame elementen

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

Verklaring classificatie veronderstelde werkzame elementen:

1 = Veronderstelling ontwikkelaar

2 = Wetenschappelijke of theoretische onderbouwing

3 = Praktijkervaringen

4 = Wetenschappelijk effectonderzoek.

Zie voor een toelichting de desbetreffende onderdelen van het werkblad.

5.2 Samenvatting effectonderzoek

Directe aanwijzingen

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

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





Merks en Gillissen (2005) constateren dat SRH traditionele verpleegkundige interventies langzaam vervangen heeft. Er was een sterke afname van crisissituaties en separaties. Het gebruik van de signaleringsplannen, een belangrijk element van SRH, helpt cliënten veranderingen in hun situatie te signaleren en de afspraken die in het plan worden opgenomen leiden tot meer controle en stabiliteit.

Indirecte aanwijzingen

De ontwikkelaar voert geen onderzoek aan naar soortgelijke methoden, noch in Nederland, noch in het buitenland. Dergelijke onderzoeken zijn evenmin gevonden bij de door MOVISIE uitgevoerde literatuursearches (zie 6.1).

Verklaring classificatie voor typering onderzoeksopzet:

A = Experimenteel onderzoek in de praktijk en met *follow-up*

B = Quasi-experimenteel onderzoek in de praktijk en met *follow-up*

C = (Quasi-) experimenteel onderzoek, in de praktijk (zonder *follow-up*)

D = (Quasi-) experimenteel onderzoek, niet in de praktijk

E = Veranderingsonderzoek

F = *Monitoring*

Z = Geen van de voorgaande alternatieven.

Zie voor een toelichting bijlage 3.





6. Verantwoording

6.1 Zoeken en selecteren van literatuur

Zoekvraag en zoektermen

Wat is bekend over de praktijkervaringen met en de effectiviteit van de Systematisch Rehabilitatiegericht handelen (SRH) voor mensen die aangewezen zijn op professionele hulp en begeleiding (mensen met sociale en psychische kwetsbaarheid) ten behoeve van hun persoonlijk en sociaal herstel en kwaliteit van leven.

Zoektermen: Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen, SRH, J.P. Wilken, D. den Hollander, integrale rehabilitatiebenadering, Storm Rehabilitatie, RINO Groep, rehabilitatiebenaderingen, rehabilitatiemethoden of -methodieken.

Zoekstrategieën

Er is materiaal opgevraagd bij de ontwikkelaars en referenties van reeds gevonden materiaal in het praktijkboek van de methodiek zijn gebruikt en gecheckt. Daarnaast is gezocht in Nederlandse databanken, namelijk de MOVISIE database, PiCarta, NARCIS, HBO Kennisbank en Google Scholar.

Selecteren van literatuur

Van de gevonden treffers zijn die bronnen gebruikt die daadwerkelijk informatie bevatten over de aanpak, onderbouwing en effecten van Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. Voor wat betreft de literatuur met praktijkervaringen met de methode is geselecteerd op jaar van publicatie en de mate waarin het onderzoek puur de ervaringen van professionals en gebruikers met SRH betreft.

Een lijst van gebruikte literatuur is te vinden in onderdeel 6.2.





6.2 Literatuur

- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (1990). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed. 2002). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. (2003). Inleiding: een beknopte schets van de Presentietheorie. *Tijdschrift Voor Sociale Interventie* (2), 5-8.
- Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen, S. van (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L., Droes, J., Tiber, M. & Wilrycx, G. (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift Voor Rehabilitatie*, 18(1), 42-54.
- Boevink, W. & Hunsche, P. (2006). *Verhalen van herstel : samen werken met ervaringskennis in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dankers, T. & Wilken, J.P. (2007). *Arbeidsre-integratie bij mensen met psychische beperkingen*. Amsterdam: SWP.
- De Girolamo, B., Politi, P. & Fusar-poli, P. (2008). Franco Basaglio, 1924-1980. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 968.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91-97.
- Emergis (2010) *Wat vinden cliënten van Emergis? Resultaten cliëntwaardering 2009*. Emergis.
- Fisher, D. B. & Ahern, L. (1999). A new vision of recovery: People can fully recover from mental illness; it is not a life-long process. *National Empowerment Centre Newsletter*,
- Gaag, M. van der & Wilken, J. P. (1994). *De Nederlandse versie van de REHAB*. Lisse: Swets&Zeitlinger.
- Giebels, B., Gofers, T., Hollander, D. den & Wilken, J. P. (2002). Van vechten naar (ont)hechten. *Passage*, (3), 13-20.





- Giebels, B., Reinders, D., Voort, H. van de & Hollander, D. den (2008). Geen bemoeizucht maar betrokkenheid : het kloppende hart van rehabilitatie. *Sociale Psychiatrie : Vakblad Sociaal Psychiatische Verpleegkunde*, 27(88), 35-44.
- Gofers, T., Giebels, B., Hollander, D. den & Wilken, J. P. (2002). Van vechten naar (ont)hechten. Rehabilitatiegericht werken in complexe zorgsituaties binnen een psychiatrisch ziekenhuis *Passage*, (3)
- Hollander, D. den & Wilken, J. P. (2011). *Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP.
- Hollander, D. den & Zewuster, J. (2005). *Rehabilitatiegericht werken met mensen met ASS; Rapportage van de werkgroep Rehabilitatie en mensen met ASS*. RIBW Arnhem & Veluwe Vallei, Leo Kannerhuis m.m.v. Storm Rehabilitatie.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Karbouniaris, S. & Wilken, J. P. (2007). *Arbeidsreïntegratie vanuit de GGZ. Drie Nederlandse praktijken beschreven*. Amsterdam/Utrecht: SWP/Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Karbouniaris, S. & Wapenaar, J. (2010). *Het Trefpunt in beeld : waar verhalen een stem krijgen: ontmoetingen en kwartiermaken in De Bilt*. Zeist: Kwintes.
- Klerk, M. M. Y. de (2002). *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. M. Y. de (2007). *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. M. Y. de (2000). *Rapportage Gehandicapten 2000. Arbeidsmarkt en financiële positie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Korevaar, L., Dröes, J. & Bassant, M. (2008). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*.





Bussum: Coutinho.

Kwintes (2009) *Cliënten en medewerkers in hoge mate tevreden*.

Geraadpleegd op 6 maart 2013, http://www.kwintes.nl/wat_is_kwintes/tevredenheid.

Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation* American Psychiatric Publishing, Inc.

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

Nieuwenhuizen, C. van, Schene, A. H. & Koeter, M. W. J. (1998). *Lancashire Kwaliteit van Leven Profiel, uitgebreide Nederlandse Versie*. Amsterdam: AMC.

Petry, D. & Nuy, M. (1997). *De ontmaskering: de terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychische beperkingen*. Amsterdam: SWP.

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

Rapp, C. A. & Gosha, R. (2006). *The Strengths Model. Second Edition*. New York: Oxford University Press.

Shepherd, G. (1984). *Institutional care and rehabilitation*. Londen: Longman Publishers.

SMO Breda (2012) *Samenvatting resultaten CTO 2011. Onderzoek naar tevredenheid onder cliënten van SMO Breda e.o.* Geraadpleegd op 6 maart 2013, <http://www.smobreda.nl/upload/news/Samenvatting%20resultaten%20CTO%202011.pdf>

Watts, F. N. & Bennett, D. H. (1983). *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Hoboken (USA): John Wiley & Sons Inc.

Werf, B. van der (1995). *Zorg op schaal*. Bennebroek: Psychiatrisch Centrum Vogelenzang.

Wiersma, D. (2004). *Evidentie voor geestelijke gezondheidszorg. RGOc-reeks 5*. Groningen: RGOc.

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

Wilken, J. P. (2004). Het Strengths-model. Werken vanuit de kracht van cliënt en samenleving.





Passage, (3), 4-15.

Wilken, J. P. (2010). *Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care.*

Amsterdam: SWP.

Wilken, J. P., Bähler, M. & Meel, T. van (2010). Het krachtenmodel. In: S. van Rooijen & J. van Weeghel (Eds.), *Psychiatrische Rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011* (pp. 103-118).

Amsterdam: SWP.

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

Wilken, J. P. & Hollander, D. den (1999). *Psychosociale rehabilitatie: Een integrale benadering.*

Utrecht: SWP.

Wilken, J. P. & Hollander, D. den (2012). *Handboek integrale rehabilitatiebenadering.*

Amsterdam: SWP.

Wilken, J. P. & Rooijen, S. van (2001). *Binnenshuis, Buitenshuis; een handreiking voor het bieden van begeleiding in en rond de thuissituatie van mensen met psychosociale beperkingen.* Amsterdam: SWP.

Wilken, J. P. & Wijngaarden B. van (2011). *Naar een nieuwe versie van de modelgetrouwheidsschaal SRH.* Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Wilken, J. P. & Hollander, D. den (2005). *Rehabilitation and recovery : a comprehensive approach.* Amsterdam: SWP.





Bijlage 1 – Toelichting effectonderzoek

Voor het vaststellen van de effectiviteit van methoden (onderdeel 4 van het werkblad) wordt het onderzoek hiernaar systematisch in kaart gebracht (bijlagen 2 en 3).

Directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit

Er zijn twee typen aanwijzingen voor de effectiviteit van een methode:

Directe aanwijzingen. Resultaten uit onderzoek die betrekking hebben op precies die methode die in het onderhavige document is beschreven.

Indirecte aanwijzingen. Resultaten uit onderzoek naar andere methoden met hetzelfde doel en dezelfde doelgroep en aanpak. Deze worden hier verder aangeduid als 'soortgelijke methoden'.

Het gaat hier om:

- resultaten uit onderzoek naar buitenlandse versies van de methode (zoals *Motivational interviewing*, de Amerikaanse variant van de Nederlandse Motiverende gespreksvoering of de Amerikaanse ABCD-methode als voorloper van de Nederlandse ABCD-methode)
- resultaten uit onderzoek naar de effectiviteit van Nederlandse methoden die tot hetzelfde type of dezelfde 'familie' behoren (zoals de Nederlandse activeringsmethoden die alle gebaseerd zijn op *Supported employment* of de methode *Samenwerking tegen agressie*, een op Turkse en Marokkaanse plegers van huiselijk geweld gerichte versie van de methode *Niet meer door het lint*).

Soms zijn er onvoldoende directe aanwijzingen of kunnen relevante indirecte aanwijzingen de directe aanwijzingen ondersteunen. Bij de selectie van soortgelijke methoden is maatgevend in hoeverre de methode in de kern overeenkomt met de beschreven methode. Wanneer dit niet duidelijk is of wanneer de methode te zeer verschilt, is er geen sprake van een soortgelijke methode en dus ook niet van indirect bewijs voor effect.

Wanneer een methode veelvuldig is onderzocht, is het aantal primaire onderzoeken soms te groot om binnen het kader van *Effectieve sociale interventies* te analyseren. Veelal zijn de primaire onderzoeken dan al geanalyseerd in *reviews* en *metastudies*. In dat geval gebruiken we de informatie uit deze overzichtsstudies. We volstaan dan met een globale analyse van de effectiviteit zoals gebleken uit de overzichtsstudies. Dit vullen we eventueel aan met een meer uitgebreide analyse van de (recente) primaire studies die (nog) niet in de overzichtsstudies zijn opgenomen.

Kenmerken effectonderzoek

Bij onderdeel 4 van het werkblad gaan we ervan uit dat er sprake is van een effectonderzoek wanneer er ten minste een nameting heeft plaats gevonden die een cijfermatige indicatie geeft van het effect van een methode. Onderzoek naar de door professionals, burgers en/of cliënten ervaren effectiviteit van een methode nemen we mee in onderdeel 3 van het werkblad.

Het methodologische gewicht van het effectonderzoek en de resultaten daarvan wordt onder meer bepaald door de aanwezigheid van een voor- en nameting, een controlegroep, de willekeurige





samenstelling daarvan, de modelgetrouwheid van de methode en de uitvoering van een follow-upmeting. Het methodologische gewicht varieert van 'licht' effectonderzoek (monitoring- of veranderingsonderzoek) tot 'zwaar' effectonderzoek (Randomized Controlled Trial ofwel RCT-onderzoek) en diverse vormen daar tussenin. Hoe 'zwaarder' het effectonderzoek, hoe 'harder' de uitspraken over de effectiviteit zijn. Dit wil niet zeggen dat er altijd gekozen moet worden voor zo zwaar mogelijk effectonderzoek. Welk type effectonderzoek het meest passend is, hangt af van de kenmerken en het ontwikkelingsstadium van de methode en de beschikbare financiële middelen.

Monitoring wordt alleen meegenomen als 'effectonderzoek' wanneer het een cijfermatige indicatie geeft van de behaalde resultaten met betrekking tot de doelen van de methoden. Bijvoorbeeld: bij buurtbemiddeling gaat het bij het monitoren om het aantal geslaagde bemiddelingen afgezet tegen het totaal aantal bemiddelingen dat heeft plaatsgevonden. Het gaat hier niet om tevredenheidonderzoek, dit hoort bij deel 3.

Bijlage 3 geeft een stapsgewijze uiteenzetting van de kenmerken per onderzoek en geeft een typering van de onderzoeksopzet. Het gaat daarbij om het objectief beschrijven van de kenmerken (onderdelen B t/m D).

Gemeten effecten

In een tabel (bijlage 3, onderdeel E) worden de onderzoeksresultaten cijfermatig gepresenteerd. De onderzoeksresultaten kunnen aanwijzingen geven voor positieve, geen of negatieve effecten.

Uitkomstmaten

Effectonderzoeken beantwoorden een beperkt aantal vragen. De gestelde vragen worden aangeduid als 'uitkomstmaten'. Alleen op deze uitkomstmaten wordt een effect gemeten. Er kan alleen iets over effect gezegd worden voor zover het betrekking heeft op één van de onderzochte uitkomstmaten. In bijlage 3 wordt het effect dan ook per uitkomstmaat aangegeven.

Effectgrootte

De mate waarin een resultaat als positief is aan te merken, is mede afhankelijk van de effectgrootte. Tot voor kort werd het effect van een methode vooral uitgedrukt in een statistisch significant verschil tussen voor- en nameting, of tussen voor- en nameting en *follow-up*, of tussen de nameting van de experimentele groep en de controlegroep. Een probleem bij deze aanpak is dat grote verschijscores in kleine groepen vaak niet significant zijn. Bij grote groepen kunnen heel kleine verschillen weliswaar als zeer significant uit de bus komen, maar praktisch gezien van weinig waarde zijn.

De laatste jaren wordt er vaak voor gekozen om naast de statistische significantie ook de zogeheten effectgrootte d ('effectsize', ook wel aangeduid met ES) te rapporteren. Dit is een index die aangeeft hoe groot het waargenomen verschil is tussen voor- en nameting of tussen de experimentele (interventie-) en controlegroep. In sommige onderzoeksrapporten worden andere effectmaten gebruikt. In deze methodebeschrijving worden de effectmaten overgenomen uit de oorspronkelijke onderzoeksrapporten.





Bijlage 2 – Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken

Onderzoeken naar praktijkervaringen (deel 3)

Methode	Onderzoek 1	Onderzoek 2	Onderzoek 3	Onderzoek 4	Onderzoek 5
Titel rapport	Rehabilitatie als praktijk	Binnenshuis, Buitenshuis; een handreiking voor het bieden van begeleiding in en rond de thuissituatie van mensen met psychosociale beperkingen	Een weg naar wens	Rehabilitatie in complexe zorgsituaties	Rehabilitatiegericht werken met mensen met ASS
Auteur	Pols, Michon, Depla en Kroon	Jean Pierre Wilken en Sonja van Rooijen	Wilken en Duurkoop	Merks en Gillissen	Dirk den Hollander en Jolande Zewuster
Jaar	2001	2005	2002	2005	2005
Onderzoeksvraag	1. Hoe krijgt revalidatie vorm in twee APZ'en 2. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de revalidatiepraktijken in de twee APZ'en?	Hoe werkt de toepassing van SRH in de ambulante woonbegeleiding?	1. Heeft de invoering en toe-passing van revalidatiemet hoden effect op de kwaliteit van leven? 2. Zijn er veranderingen waar te nemen in het zorgpatroon?	In hoeverre geeft SRH de professional handvatten om in complexe zorgsituaties de zorg beter vorm te geven?	Hoe kan er revalidatiegericht gewerkt worden met mensen met ASS?
In het onderzoek betrokken doelgroep	Cliënten van APZ'en	Professionals ambulante woonbegeleiding Vindicta en hun cliënten.	Cliënten van een psychiatrisch ziekenhuis	Cliënten van een psychiatrisch ziekenhuis	Professionals RIBW'en en landelijk expertisecentrum voor autisme
Aantal geïncludeerde subjecten (n)	76 cliënten en 30 professionals	23	117 cliënten	58 alleen t1 55 alleen t2 101 t1 en t2	?





Methode	Onderzoek 6	Onderzoek 7	Onderzoek 8	Onderzoek 9	Onderzoek 10
Titel rapport	Arbeidsre-integratie bij mensen met psychische beperkingen	Arbeidsre-integratie vanuit de ggz	Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care	Van vechten naar (ont)hechten	Geen bemoeizucht maar betrokkenheid: het kloppende hart van rehabilitatie
Auteur	Simona Karbouniaris en Jean Pierre Wilken	Trudy Dankers en Jean Pierre Wilken	Jean Pierre Wilken	Bart Giebels, Ton Gofers en Dirk den Hollander	Giebels e.a.
Jaar	2005	2007	2010	2002	2008
Onderzoeksvraag	Beschrijf drie goed functionerende organisaties op het vlak van (arbeids) re-integratie voor mensen met psychiatrische beperkingen.	Wat zijn in Nederland de beste methoden voor arbeidsre-integratie van cliënten met een psychiatrische achtergrond?	Een deelvraag van de thesis was: Wat hebben cliënten als goede zorg ervaren?	Wat zijn de effecten van SRH op een complexe zorgsituatie?	Casusbeschrijving
In het onderzoek betrokken doelgroep	Centra die, als onderdeel van een ggz-organisatie, ten doel hebben cliënten te ondersteunen bij re-integratie (de daar werkende professionals en hun cliënten)	Professionals die gespecialiseerd zijn in arbeids(re)integratie van mensen met een psychische handicap	Cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen	Cliënt verblijvend op een unit langdurige en complexe zorg, GGZ Oost Brabant	Cliënt sociale psychiatrie
Aantal geïncludeerde subjecten (n)	3	4	7	1	1





Methode	Onderzoek 11	Onderzoek 12	Onderzoek 13
Titel rapport	Cliënttevredenheidsonderzoek SMO Breda	Wat vinden cliënten van Emergis? Resultaten cliënt-waardering 2009	Cliënttevredenheidsonderzoek Kwintes
Auteur	TRIQS onderzoek	Emergis	?
Jaar	2012	2010	2009
Onderzoeks-vraag	Tevredenheid cliënten op aantal thema's	Waardering cliënten op verschillende onderwerpen	Mate van tevredenheid van cliënten en medewerkers
In het onderzoek betrokken doelgroep	Cliënten met langdurende of acute problemen	Mensen die psychiatrische hulp of ondersteuning nodig hebben	Cliënten en medewerkers Kwintes
Aantal geïnccludeerde subjecten (n)	Niet bekend	1031	Niet bekend





Effectonderzoeken (deel 4)

Methode	Onderzoek 1	Onderzoek 2
Titel rapport	Een weg naar wens	Rehabilitatie als instrument bij complexe zorgsituaties
Auteur	Jean Pierre Wilken en Pim Duurkoop	André Merks en Ralph Gillissen
Jaar	2002	2005
Onderzochte doelen	Invloed van SRH op kwaliteit van leven en op het zorgpatroon.	De invloed van rehabilitatie op de complexiteit van zorgsituaties, als indicatie voor de stabiliteit van cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen
In het onderzoek betrokken doelgroep	Cliënten verblijvende in Zwolse Poort, locatie Franciscushof	Professionals en cliënten klinische afdelingen, Emergis
Aantal geïncludeerde subjecten (n)	117 cliënten	101 cliënten
Typering onderzoeksopzet (zie bijlage 3)	Veranderingsonderzoek	Veranderingsonderzoek





Bijlage 3 – Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken

A. Naam effectonderzoek: *Een weg naar wens; resultaten van het onderzoek*, geschreven door Jean Pierre Wilken en Pim Duurkoop en uitgegeven door STORM Rehabilitatie / Zwolse Poort, in 2002.

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant).	X	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	X
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij de start van de interventie).	X
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	X
5	De resultaten hebben een praktische relevantie.	X
6	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').	X
7	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .	
8	Er is een experimentele en een controleconditie.	
9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.	





Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3	5-6			
X	E	Veranderingsonderzoek	1-4	5-6	(7)		
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4		(7)	8	(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5-6		8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5-6	7	8	
	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5-6	7	8	9

Typering overige methodologische kenmerken

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
	13	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie: onderzoek waarbij herhaalde metingen worden verricht bij één cliënt om na te gaan of er sprake is van vooruitgang op de gestelde doelen.
	14	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
	15	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
	16	De representativiteit van de geïnccludeerde subjecten is bepaald.
	17	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methode getrouw is gevolgd – ook wel behandelingsintegriteit, ‘treatment integrity’ of ‘fidelity’ genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

--

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4
Omschrijving uitkomstmaat*	Kwaliteit van Leven	Zijn er veranderingen waar te nemen in het zorgpatroon?	Zorgintensiteit	
Meetinstrument**	Lancashire Quality of Life Profile	- Zorg Vraag Schaal en Zorg Aanbod Schaal - REHAB	Percentage cliënten per behandel- of woonsituatie (gekaracteriseerd door het gegeven aantal uren zorg)	
Effectsize ***	Geen significante verbeteringen	45% heeft een plek gevonden buiten het ziekenhuisterrein. Geen significante veranderingen in de zorgbehoefte.		

* Waarop is effect gemeten

** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x

*** Voor het meten van effecten kunnen verschillende maten gebruikt worden; neem hier de in het desbetreffende onderzoek gebruikte effectmaten over.

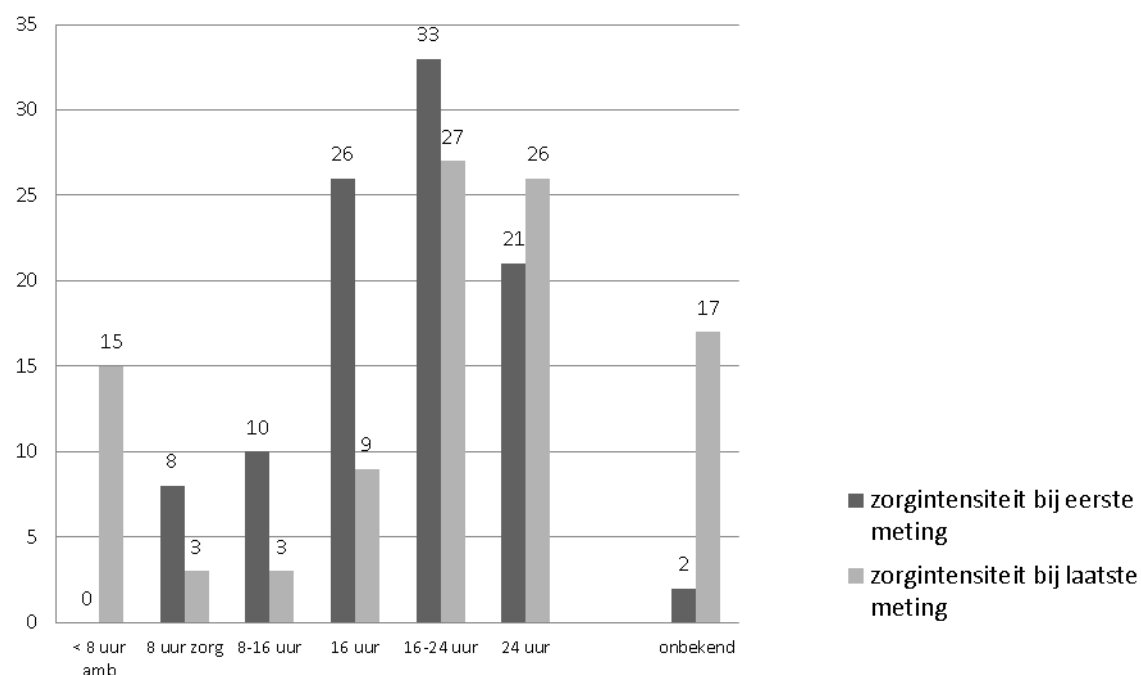
Zie voor toelichting: bijlage 1.

Let op: Deze tabel mag ook vervangen worden door oorspronkelijke tabel(len) met onderzoeksresultaten uit het effectonderzoek.

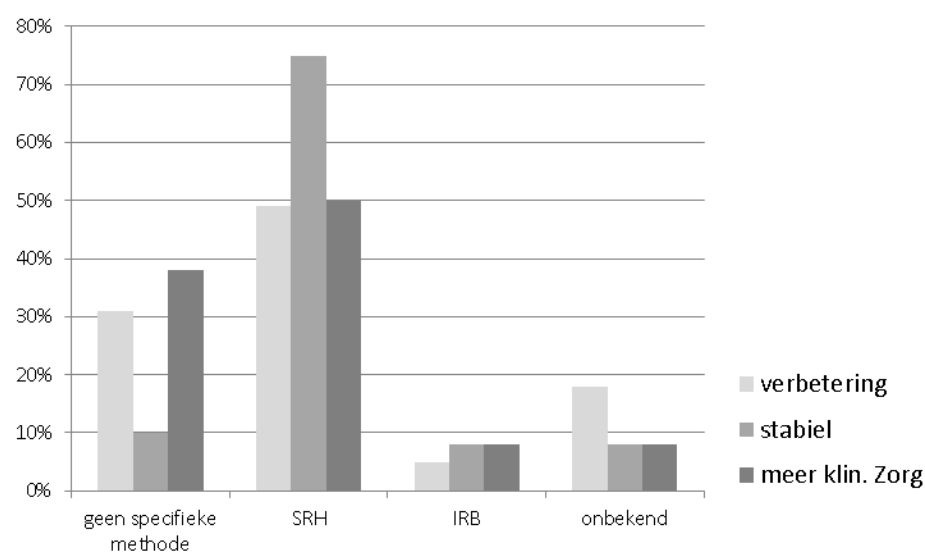




Tabel 1 Begin en eindsituatie intensiteit zorg



Tabel 2 Beoordeling rehabilitatietraject en rehabilitatiemethodiek



G. Eventuele toelichting op scores onder E.

Toelichting tabel 1: De zorgintensiteit is gemeten in het aantal uren zorg dat in een gegeven behandel- of woonsituatie beschikbaar is.





Bijlage 4 – Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken

A. Naam effectonderzoek: *Rehabilitatie als instrument in complexe verpleegsituaties* is een interne publicatie van Emergis uit 2005 en geschreven door André Merks en Ralph Gillissen.

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant).	X	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	X
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij de start van de interventie).	X
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	X

5	De resultaten hebben een praktische relevantie.	X
6	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').	X

7	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .	X
---	--	---

8	Er is een experimentele en een controleconditie.	
---	--	--

9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.	
---	--	--

Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.





	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3	5-6			
X	E	Veranderingsonderzoek	1-4	5-6	(7)		
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4		(7)	8	(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5-6		8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5-6	7	8	
	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5-6	7	8	9

Typering overige methodologische kenmerken

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
	13	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie: onderzoek waarbij herhaalde metingen worden verricht bij één cliënt om na te gaan of er sprake is van vooruitgang op de gestelde doelen.
X	14	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
X	15	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
	16	De representativiteit van de geïnccludeerde subjecten is bepaald.
	17	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methode getrouw is gevolgd – ook wel behandelingsintegriteit, ‘treatment integrity’ of ‘fidelity’ genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

--

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4
Omschrijving uitkomstmaat*	Invloed SRH op complexiteit van zorg			
Meetinstrument**	Scoringslijst 'Complexiteit van Zorg'			
Effectsize ***	significant effect op de items signalering, verantwoordelijkheid en stabiliteit in verpleegsituaties (p=0,001)			
* Waarop is effect gemeten ** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x *** Voor het meten van effecten kunnen verschillende maten gebruikt worden; neem hier de in het desbetreffende onderzoek gebruikte effectmaten over. Zie voor toelichting: bijlage 1. <i>Let op: Deze tabel mag ook vervangen worden door oorspronkelijke tabel(len) met onderzoeksresultaten uit het effectonderzoek.</i>				





	2003 (N=159)		2004 (N=156)		T-Test	
	Gem.	St.dev.	Gem.	St.dev.	Z-waarde	Asymp. Sig. (2-tailed)
Stabiliteit verpleegsituatie	1,47	0,660	1,51	0,650	-0,659	0,510
Meervoudige problematiek	1,71	0,806	1,70	0,713	-0,195	0,845
Kritische incidenten	1,63	0,846	1,66	0,831	-0,468	0,639
Verantwoordelijkheid	1,58	0,790	1,54	0,739	-0,270	0,787
Signalering	2,04	0,758	2,17	0,717	-1,432	0,152
Afweging rechten	1,46	0,761	1,44	0,720	-0,072	0,942
Multidisciplinaire zorg	1,52	0,664	1,49	0,648	-0,258	0,796
Gespecialiseerde vpk technieken	1,61	0,787	1,35	0,670	-3,275	0,001*

Tabel 1: Gemiddelde scores complexiteit van zorg op de klinische afdelingen (* significant bij een waarde van $p < 0,05$)

	Groep 1 Wel signaleringsplan		Groep 2 Geen signaleringsplan		T-Test Mann-Whitney	
	Gem.	St.dev.	Gem.	St.dev.	Z-waarde	p-waarde
Stabiliteit verpleegsituatie	1,47	0,642	1,55	0,695	-0,571	0,568
Meervoudige problematiek	1,70	0,770	1,68	0,673	-0,027	0,979
Kritische incidenten	1,86	0,852	1,49	0,775	-2,487	0,013*
Verantwoordelijkheid	1,48	0,713	1,75	0,830	-1,822	0,068
Signalering	2,03	0,734	2,38	0,686	-2,560	0,010*
Afweging rechten	1,45	0,754	1,47	0,723	-0,327	0,744
Multidisciplinaire zorg	1,53	0,689	1,45	0,637	-0,576	0,564
Gespecialiseerde vpk. technieken	1,55	0,834	1,23	0,466	-1,898	0,058
Totaalscore	13,08	3,981	13,00	3,808	-0,118	0,906

Tabel 2: Vergelijking gemiddelde scores complexiteit van zorg tussen de groepen met wel een signaleringsplan en geen signaleringsplan. (* significant bij een waarde van $p < 0,05$)





	Groep 2 Geen signaleringsplan		Groep 3 Geen signaleringsplan, wel relevant		T-Test Mann-Whitney	
	Gem.	St.dev.	Gem.	St.dev.	z- waarde	p- waarde
Stabiliteit verpleegsituatie	1,55	0,695	1,51	0,601	-0,022	0,982
Meervoudige problematiek	1,68	0,673	1,72	0,686	-0,265	0,791
Kritische incidenten	1,49	0,775	1,56	0,821	-0,421	0,674
Verantwoordelijkheid	1,75	0,830	1,36	0,584	-2,311	0,021*
Signalering	2,38	0,686	2,10	0,680	-1,952	0,510
Afweging rechten	1,47	0,723	1,36	0,668	-0,830	0,407
Multidisciplinaire zorg	1,45	0,637	1,49	0,601	-0,425	0,671
Gespecialiseerde vpk. technieken	1,23	0,466	1,21	0,522	-0,557	0,578
Totaalscore	13,00	3,808	12,31	0,551	-0,892	0,373

Tabel 3: Vergelijking gemiddelde scores complexiteit van zorg tussen de groepen met geen signaleringsplan en geen signaleringsplan maar voor wie het wel relevant zou zijn om er één op te stellen. (* significant bij een waarde van $p < 0,05$)

	Groep 1 Wel signaleringsplan		Groep 3 Geen signaleringsplan, wel relevant		T=Test Mann-Whitney	
	Gem.	St.dev.	Gem.	St.dev.	Gem.	St.dev.
Stabiliteit verpleegsituatie	1,47	0,642	1,51	0,601	-0,534	0,593
Meervoudige problematiek	1,70	0,770	1,72	0,686	-0,273	0,784
Kritische incidenten	1,86	0,852	1,56	0,821	-1,808	0,071
Verantwoordelijkheid	1,48	0,713	1,36	0,584	-0,729	0,466
Signalering	2,03	0,734	2,10	0,680	-0,473	0,636
Afweging rechten	1,45	0,754	1,36	0,668	-0,538	0,591
Multidisciplinaire zorg	1,53	0,689	1,49	0,601	-0,116	0,908
Gespecialiseerde vpk. technieken	1,55	0,834	1,21	0,522	-2,105	0,035*
Totaalscore	13,08	3,981	12,31	0,551	-0,822	0,411

Tabel 4: Vergelijking gemiddelde scores complexiteit van zorg tussen de groepen met wel een signaleringsplan en geen signaleringsplan maar voor wie het wel relevant zou zijn om er één op te stellen. (* significant bij een waarde van $p < 0,05$)

G. Eventuele toelichting op scores onder E.

--

