



Mentalis is het intersectoraal competentieplatform voor preventieve en ambulante geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, een initiatief van FDGG

Residentie Servaes, Martelaarslaan 204b, 9000 Gent
T 09 233 50 99 | info@mentalis.be | www.mentalis.be

De kracht van de herstelblik en –praktijk in de geestelijke gezondheidszorg.

Een uitdagend paradigma voor de zorg en ondersteuning omtrent geestelijke gezondheid.

Inhoud

Inleiding.....	1
1. Herstelgericht werken.....	2
1.1. Wat is herstel?.....	2
1.2. Centrale kenmerken van herstelgericht werken.....	3
1.3. Kerningrediënten binnen de herstelgerichte benadering.....	5
1.4. Enkele praktijken binnen het herstelgericht werken	8
2. Krachtgericht werken.....	13
2.1. Wat is empowerment?.....	13
2.2. Centrale kenmerken van krachtgericht werken.....	13
2.3. Kerningrediënten binnen de krachtgerichte benadering.....	13
2.4. Enkele praktijken binnen het krachtgericht werken	14
3. Krachtinsteek als inherent aan herstelgericht werken in de ggz?	19
3.1. Hoe verhoudt het krachtgericht werken zich tot het herstelgericht werken?	19
3.2. Herkomst van de begrippen	20
4. Handvatten voor de organisatie van een herstelgerichte praktijk	21
4.1. Getrapte en toegankelijke zorg en ondersteuning	21
4.2. Sensitief zijn voor diversiteit	21
4.3. Ervaringsgericht perspectief in het verandertraject	22
4.4. It takes two to tango	22
4.5. Tien organisatorische uitdagingen (ImROC).....	22
5. Conclusie:	25
Bibliografie	27
Bijlage	30
Herstelondersteunende begeleidingsplannen: <i>do's</i> en <i>don'ts</i>	30

Inleiding

Deze nota kwam tot stand vanuit een terminologische vraagstelling omtrent de termen herstelgericht en krachtgericht werken. 'Hoe verhouden beide begrippen zich ten aanzien van elkaar?', 'Gaat het hier om hetzelfde?', 'Waar zitten de gelijkenissen of de verschillen?', ...

Het doel van deze nota is dan ook het verhelderen van de begrippen herstelgericht werken en krachtgericht werken en het op zoek gaan naar de verhouding tussen beiden.

De opkomst van de herstelgerichte en de krachtgerichte benadering kan weerstand met zich meebrengen indien er niet wordt stilgestaan bij enkele fundamentele vragen zoals: 'Hoe verhoudt de huidige GGZ zich ten aanzien van deze benaderingen?', 'Hoe wordt de vertaalslag gemaakt binnen de gespecialiseerde zorg, rekening houdend met hun eigen rol en positie?', ... Deze tekst vormt dan ook slechts een basis voor een cruciaal verder te maken denkoefening.

De nota wil niet het herstel- en krachtgericht werken naar voren te schuiven als de enige benadering waar we nu met z'n allen op moeten inzetten. We belichten wel een aantal mogelijkheden waar deze benaderingen een plaats kunnen hebben en waar dit zich kan verhouden tot andere manieren van - specialistische- zorg en ondersteuning.

In hoofdstukken één en twee omsluiten we de begrippen door kort de kern van de herstelgerichte en krachtgerichte benadering weer te geven, elk vanuit hun eigen invalshoek en ontwikkeling. In het derde hoofdstuk bekijken we of deze begrippen zomaar uit elkaar te trekken zijn of vanuit een gezamenlijke 'factor' inzetbaar zijn over de sectoren heen. Hoofdstuk vier geeft handvaten die ondersteunend kunnen zijn voor de organisatie van een herstelgerichte praktijk. In de conclusie komen we terug op de oorspronkelijke vraagstelling van waaruit deze nota is ontstaan, nl. de verhouding tussen kracht- en herstelgericht werken. We staan ook stil bij de plaats van kracht- en herstelgericht werken in de reeds bestaande (gespecialiseerde) en zorg- en hulpverlening en hoe hier mee om te gaan binnen een organisatie.

Om de lezer ook inzicht te geven in het informele aspect en het belevingsverhaal van herstel en empowerment hebben we korte quotes toegevoegd, met dank aan **Tanja Gouverneur** voor deze bijdrage. Zij is ervaringswerker bij CGG de Pont.

1. Herstelgericht werken.

1.1. Wat is herstel?

Herstel is het eigen proces van de cliënt van opbouwen van een zinvol leven. Een biotoop waar een wereld van ziekte, isolement en beperking geruild kan worden met een omgeving van hoop en zelfsturing, keuzes maken, leren en zingeving, participatie aan de gemeenschap in onderlinge steun en verbondenheid. Herstel steunt op vier belangrijke pijlers (Ashcraft, 2007):

- het vinden en onderhouden van hoop,
- het herstel van een positieve identiteit,
- het vinden van zin in het leven,
- het maken van eigen keuzes en het nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen leven.

“Met het hete water op mijn hoofd en langs mijn gelaat liet ik mijn verdriet de vrije loop. Ik was dan wel niet genezen als ik de douche uitstapte, maar tenminste wel wat frisser en daar mocht ik best trots op zijn.”

T.G.

Essentieel aan herstel is dat cliënten zich niet langer definiëren in relatie tot de zorg maar in relatie tot het eigen leven. Het betekent ook dat de zorg bij dat leven moet aansluiten en niet andersom. Begeleiding en zorg zouden tot doel moeten hebben om mensen te helpen zoveel mogelijk zichzelf te helpen (Hendriksen-Favier & Nijns, 2012). Hierbij dient opgemerkt dat herstel zich kan voordoen met of zonder professionele hulp.

Herstel in de geestelijke gezondheidszorg veronderstelt dat er een crisis of ontregeling is geweest die een blijvende verandering heeft teweeg gebracht. Het herstelproces omvat alle mogelijke activiteiten die iemand kan doen om zijn herstel te bevorderen. Herstel is een persoonlijk en uniek proces waarbij de persoon komt tot betekenisgeving in zijn leven. Het herstelproces verloopt zelden in een rechte lijn en is multi-dimensioneel (zie Tabel 1). Het is niet te vatten binnen een perspectief van tijd of hoeveelheid. Een maat voor herstel bestaat niet. Het geheel is meer dan de som van de delen, dit meten zou het geheel onrecht aandoen.

Herstel gaat over betekenisgeving en wie men is als mens, het hervatten van de gewaardeerde rollen, welbevinden, fysieke gezondheid, vermindering van de symptomen, zelfvertrouwen, interpersoonlijke verbindingen, verbondenheid met de omgeving etc.. (Anthony, Cohen, & Farkas, 2002)

Er is steeds meer literatuur beschikbaar over herstel en meerdere auteurs gaven een definitie aan herstel. Een benadering die een leidraad is geworden voor een wereldwijde herstelbeweging is deze van William Anthony (Psychiatric Rehabilitation Center, Boston). Hij definieerde herstel al in 1993 als volgt:

‘Herstel is een intens, persoonlijk en uniek proces van verandering van iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en nuttig leven met de beperkingen als gevolg van psychiatrische handicaps. Herstel betekent je ontworstelen aan de rampzalige gevolgen van je psychiatrische toestand en ontwikkeling van een nieuwe betekenis en doel in je leven (Anthony W. A., 1993, p. 527)’.

Vandaag is er ook steeds meer literatuur die geschreven is door mensen met ervaringskennis. Een voorbeeld hiervan is de definitie van Lori Ashcraft (Recovery Opportunity Center, Arizona). Zij definieerde herstel in 2007 als volgt:

'Herstel is een proces van terug in contact komen met onze waarden, geloof en doelen. Het is een manier om bevredigend, hoopvol en productief te leven ongeacht de uitdagingen die wij tegenkomen. Elk beslist wat herstel betekent voor zichzelf (Ashcraft, 2007, p. 17)'.

Wanneer we deze literatuur vergelijken met de literatuur geschreven door een professional, zijn verschillen te herkennen. De auteur met ervaringskennis is minder formalistisch in zijn benadering, maakt geen link met 'de psychiatrische aandoening' maar schrijft over 'de persoon' en het dynamisch proces van herstel. Eigen aan herstelgericht werken is dat het verschil in betekenisgeving tussen de professional (objectief herstel) en deze van diegene die herstelt (subjectief herstel) als gelijkwaardig naast elkaar staan.

Als we het hebben over herstel bedoelen we niet zo zeer genezen, in de oorspronkelijke staat herstellen of gezond worden, maar het *zich herstellen* of de oud-Nederlandse term *verkoeveren*. De Engelse term *recovery* of het Franse *rétablissement* (verbetering) sluiten mogelijk meer aan bij wat precies met herstel bedoeld wordt. Het betekent het zich herpositioneren in het eigen leven, het opnieuw vorm geven van het eigen leven in al zijn domeinen, waarbij de opgedane ervaringen verwerkt en geïntegreerd kunnen worden.

Longitudinaal onderzoek toont aan dat herstel niet enkel gaat over een select groepje, gemiddeld 57% van de mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zijn in de mogelijkheid om te herstellen (Harding, 1994).

1.2. Centrale kenmerken van herstelgericht werken

Herstel is per definitie een persoonlijk proces van cliënten. Herstelgericht werken omvat alle mogelijke activiteiten die anderen kunnen doen om het herstel bij een persoon te ondersteunen en te faciliteren. De omgeving zoals naasten, hulpverleners en organisaties, spelen een cruciale rol bij het scheppen van de ruimte waarin dit proces kan plaats vinden. Ze faciliteren en ondersteunen dit herstel en de cliënt is steeds de sturende kracht in dit proces.

"Vreemd genoeg heeft de sneeuw ervoor gezorgd dat ik me beter ben gaan voelen. Elke ochtend en vooravond stapte ik twee maal drie kilometer stevig door om mijn kinderen van en naar school te brengen. Nu doe ik ook kleine boodschappen te voet. De beweging doet me goed."

T.G.

Hulpverlening kan herstelgericht werken door te voorzien in een systematische benadering, gebaseerd op algemene herstelprincipes. Hieronder verstaan we het creëren van betekenisvolle relaties en een omgeving waarbinnen de expertise van de persoon centraal staat. Het aanmoedigen van het individu bij het maken van succesvolle keuzes en het opnemen van gewaardeerde rollen waarbij zowel de persoon als zijn omgeving centraal staan. (Anthony & Farkas, 2012). Initiatieven en wensen van cliënten dienen het vertrekpunt te zijn van ondersteuningstrajecten. De nadruk in de ondersteuning moet liggen op ontwikkelmogelijkheden, niet alleen op het gebied van de psychische gezondheid, maar ook op het gebied van sociale en maatschappelijke participatie.

Herstelgericht werken heeft een aantal implicaties voor de geestelijke gezondheidszorg. Het werken volgens de herstelvisie vergt een cultuuromslag. Het vraagt durf om cliënten het roer in handen te geven bij beslissingen ten aanzien van de begeleiding en behandeling (Droës & Witsenburg, 2012). De aanpak richt zich op de persoon als geheel. Men focust ook of meer op het gezonde deel van ieder persoon en niet (louter) op symptomen, problemen en/of diagnoses. Het verhogen van de kwaliteit van leven staat hierbij voorop.

Om een beter zicht te krijgen op het begrip en waarover het precies gaat, heeft Dröes en Vreeswijk de aspecten van herstel in een schema geplaatst.

Tabel 1. Aspecten van herstel (Dröes & Vreeswijk, 2012)

	Proces	Zorg	Resultaat
Herstel van gezondheid	Ziekte gaan begrijpen Greep op symptomen krijgen	Bemoeizorg Behandeling Zelfmanagement	Minder symptomen Genezing
Herstel van rollen	Dagelijks leven thuis en in de maatschappij oppakken	Rehabilitatie Stigmabestrijding	Dagelijkse routines Rolherstel Maatschappelijke identiteit
Herstel van persoon	Eigen verhaal maken empowerment en ervaringskennis vergroten	Zelfhulpgroepen Herstelwerkgroepen Psychotherapie	Persoonlijke identiteit Zelfgevoel, Zingeving, grenzen

1.2.1. Herstel van gezondheid

Herstel van gezondheid staat niet toevallig bovenaan. Herstel van gezondheid is het domein van behandeling, die gericht is op het afnemen van de symptomen. Hoe eerder de symptomen herkend en behandeld worden, hoe minder schade voor de toekomst, dus hoe beter. Dit toont recent onderzoek van Boonstra (2011) aan. Tegelijk moet het stellen van een diagnose en behandeling ruimte laten voor de andere aspecten. Het onderscheid tussen geestelijk ziek en gezond is vloeiend. Een beetje achterdocht of somberheid hoeft niet onmiddellijk in een diagnose worden uitgedrukt.

1.2.2. Herstel van rollen

Herstel van rollen is het domein van de rehabilitatie en stigmabestrijding. Mensen die op jonge leeftijd door ziekte te maken hebben met verlies van maatschappelijke en relationele rollen, bleken op latere leeftijd meer geïsoleerd en afhankelijk van hulpverlening (Meesters, 2011). Vooroordelen en stigma laten diepe sporen na en werken invaliderend (Kole, 2012).

Er is dus veel aan gelegen om verschillende rollen zo goed als mogelijk te onderhouden en te ontwikkelen, maar ook hier dient het verhaal van de persoon in kwestie leidend te zijn (Meesters, 2011).

1.2.3. Herstel van persoon

Het hervinden van de eigen identiteit, bijvoorbeeld na een eerste psychose, vormt de kern van herstel (Davidson & Roe, 2007). Zelfvertrouwen en zelfkennis krijgen een enorme klap. De geheel eigen identiteit komt onder druk te staan, ook op langere termijn kan dit gevolgen hebben.

Het herstel van de persoon is het unieke proces van ieder persoon zelf, het herwinnen van de identiteit, van rollen en persoon. Een herstelgerichte behandeling kan dit niet bewerkstelligen, het kan er wel aan bijdragen dat de vrije ruimte wordt gecreëerd waarin dit herstel plaats kan vinden.

Herstel van persoon is mogelijk ook het minst grijpbare, net omdat het telkens over een uniek proces gaat, precies zoals de problematiek zelf.

De verschillende aspecten van herstel zijn niet scherp af te bakenen. Alle aspecten hebben met elkaar te maken en de mate waarin, de manier waarop en de volgorde waarin ze voorkomen, verschillen van persoon tot persoon. Desondanks zijn er bepaalde fasen in dit herstelproces te onderscheiden (Onken, Craig, Ridgway, & Cook, 2007):

- vroege signalen van de aandoening,
- overweldigd worden door de aandoening,
- worstelen met de aandoening,
- leven met de aandoening,
- leven voorbij de aandoening.

1.3. Kerningrediënten binnen de herstelgerichte benadering

Herstelgerichte zorg is gebaseerd op een brede waaier van vaardigheden en waarden. Het is niet enkel wat je als organisatie of individuele hulpverlener doet dat een verschil maakt, maar ook hoe je iets doet speelt een rol. Het vergt een multidimensionale aanpak waarbij de herstelvisie dient gehanteerd te worden binnen verschillende voorzieningen, vormen van organisatie en van aanbod van zorg en ondersteuning: crisisinterventie, casemanagement, behandeling, therapie, enzovoort.

Mogelijk wordt het complex om te achterhalen wanneer men nu precies herstelgericht werkt. De praktijk dient congruent te zijn met een aantal waarden. Deze factoren kunnen nagegaan worden als (Farkas, Psychosocial Rehabilitation Workshop, 2012);

- Is het aanbod gericht op het bereiken van gewaardeerde rollen?
- Heeft de activiteit betrekking op het verbeteren van vaardigheden?
- Is de persoon betrokken in dit proces?

Deze waardenkenmerken vertalen zich in de kerningrediënten van herstelgericht werken zoals (Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005):

Tabel 2: Waardekenmerken

Focus op de mens en de menselijke ervaringen	Niet cases
Partnerschap	Niet volgzaamheid
Keuzes maken	Niet dwang
Hoopvol	Niet hopeloos

1.3.1. Empowerment

Een empowermentgerichte benadering gaat ervan uit dat alle mensen (en sociale omgevingen) een inherente capaciteit tot leren, groeien en veranderen in zich hebben (Van Doorn, 2008).

De professional zoekt aansluiting bij de kracht en de energie van de cliënt en zijn omgeving, focust op wat de cliënt (nog wel) kan en wat hij graag wil. Hij probeert de cliënt te versterken waardoor deze meer greep krijgt op zijn eigen handelen en situatie. Hij probeert bij de cliënt vertrouwen te kweken in eigen mogelijkheden en helpt de cliënt zicht te krijgen op diens eigen steun- en hulpbronnen.

Empowerment- of krachtgericht werken wordt verder beschreven in het tweede hoofdstuk.

1.3.2. Co-productie

Herstelondersteunende zorg gaat over het erkennen van het gelijkwaardig belang van professionele expertise en 'levenservaring' en het afbreken van de barrières die deze kloof tussen 'zij' en 'wij' versterken. Dit zal moeten resulteren in een veranderde werkinzet (welke de insluiting van ervaringswerkers veronderstelt) en veranderende werkmodellen die meer het resultaat zijn van coproducties in triade met de cliënt en zijn sociale omgeving en gedeelde beslissingen op verschillende organisatieniveaus.

1.3.3. Presentie

De hulpverlener is er voor de cliënt en aanvaardt deze met haar/zijn mogelijkheden en beperkingen, een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betrekt. De zorggever leert zien wat er bij die ander – van verlangens tot angst – op het spel staat en probeert dit ook ten volle te begrijpen. Hij kijkt naar wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn (Baert, 2001).

Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw (Presentie, 2011).

Tallose onderzoeken en sociale studies wijzen uit dat niet zozeer het methodisch kader is 'wat werkt' in de hulpverlening, maar eerder de kwaliteit van de relatie en de vertrouwensband tussen de hulpverlener en de cliënt (Baes & Serrien, 2014).

1.3.4. Zorg die gericht is op alle levensdomeinen

Een herstelgerichte aanpak voorziet in behandeling en begeleiding op verschillende levensdomeinen, namelijk psychisch functioneren, lichamelijk functioneren, inkomen en budget, wonen, dagbesteding, opleiding, tewerkstelling, sociale contacten en het functioneren in het gezin en sociale relaties (Van Audenhove & De Rick, 2003).

De klassieke vraag 'Wat is het probleem?' wordt vervangen door 'Wat wilt u in uw leven?'. Zaken rond huisvesting, financiën, kinderopvang e.d. worden niet gezien als achtergrond van de symptomen, maar als belangrijke levensgebieden die bij de behandeling centraal staan. Symptomen en bijeffecten worden besproken in termen van hun effect op de levensgebieden (vb. *wat voor verschil zou het betekenen in je leven als je geen stemmen zou horen?*). Het is van belang om door de cliënt gekozen doelen te stellen op verschillende levensgebieden.

1.3.5. Gezamenlijke besluitvorming

We zijn partners in de zoektocht naar de beste keuze voor u op dit moment.

Een essentieel onderdeel van herstelondersteunende zorg is het vergroten van de eigen regie en autonomie van de gebruiker. Dit proces kan worden ondersteund door gebruikers vooral zelf te laten formuleren waar hun krachten, ambities en zorgbehoeften liggen. Dit vraagt om een regelmatige afstemming om tot gezamenlijke doelbepaling en inzet van mogelijke interventies en acties te komen. Dit proces wordt ook *shared decision making* genoemd of het 'samen kiezen maken'. Het gaat hierbij over het gezamenlijke proces van gebruiker en hulpverlener (met, indien mogelijk, betrokkenheid van de familie en andere naastbetrokkenen) om te komen tot besluitvorming over de zorg en ondersteuning.

1.3.6. Positive risk-taking

Het nemen van 'Positieve risico's' sluit aan bij het proces van gezamenlijke besluitvorming. Het omvat het afweging van voor- en nadelen van een bepaalde keuze, waarbij de acties en de planning vertrekken vanuit de prioriteiten en verwachtingen van de gebruiker. Naast het verkennen van beschikbare hulpbronnen en het bieden van ondersteuning bij de gewenste uitkomsten, omvat dit proces ook het samen zoeken naar potentiële risico's en het beperken van mogelijke schadelijke gevolgen ervan.

Positieve risico's nemen wil dus niet zeggen dat men potentiële risico's negeert of minimaliseert. In de praktijk gaat het om een zorgvuldig uitwerken van een strategie voor een bepaalde situatie of een reeks van omstandigheden (Morgan, 2004).

Positieve risico's nemen wordt gekenmerkt door:

- wensen van mensen ondersteunen door samenspraak en duidelijkheid te scheppen zodat gebruikers en diensten samen verantwoordelijkheid kunnen blijven dragen;
- ondersteunen van mensen om mogelijkheden te scheppen en persoonlijke verandering en groei mogelijk te maken;
- uitbouwen van een vertrouwensrelatie waarbij de gebruikers kunnen leren van hun ervaringen, gebaseerd op het nemen van kansen net als ieder ander;
- inzicht versterken in de gevolgen van de verschillende mogelijkheden en acties en het maken van beslissingen op basis van een waaier aan keuzes, ondersteund door adequate en accurate informatie.

1.4. Goede praktijken binnen het herstelgericht werken

In de geestelijke gezondheidszorg ziet men al geruime tijd benaderingen die aansluiting vinden bij een krachtenperspectief, voorbeelden hiervan zijn narratieve benaderingen, een benadering als Multiple Family Therapy of de rehabilitatiebenadering. Steeds hebben ze de bedoeling om de paradigmashift van een probleemgerichte naar een meer doelgerichte benadering van zorg en ondersteuning mogelijk te maken.

Sinds de opkomst van het ervaringsperspectief in de jaren '90 zien we een nog fundamenteelere verschuiving. Vanuit de cliëntenbeweging komt het begrip herstel tot ontwikkeling. Anders dan bij de anti-psiatriebeweging gaat het in deze benadering niet alleen om zelfbeschikking en cliëntenrechten, maar wordt een nieuwe dimensie toegevoegd waarbij begrippen als **hoop, perspectief, erkenning en eigenwaarde centraal** staan. De focus ligt hierbij nog nadrukkelijker op het perspectief van de cliënt zelf. Het herstel en krachtgericht werken benadrukt de informele aspecten van zorg maar doet geen afbreuk aan het **belang aan specialistische zorg**.

Hieronder belichten we enkele benaderingen, initiatieven en methodieken die passen binnen het kader van herstelgericht werken. De opsomming is enkel indicatief en heeft niet de bedoeling volledig te zijn. We willen evenmin deze praktijken naar voor schuiven als zijnde 'De' praktijken waar wel met ze'n allen moeten op inzetten.

1.4.1. Ervaringsdeskundigheid

Er is een groeiende overtuiging dat in herstelgerichte zorg zowel de subjectieve als de objectieve beleving van betekenis kunnen zijn. Het inbrengen van deze subjectieve beleving in de begeleiding kan men realiseren door ervaringsdeskundigheid te betrekken in de teamwerking. Onderzoek over deze praktijk laat positieve resultaten zien (Van Gestel-Timmermans, 2011).

De Amerikaanse Patricia Deegan (1993) is een van degenen die op een indrukwekkende wijze haar herstelproces beschreven heeft.

“Uiteindelijk heb ik hen toch gezegd dat ik liever niet had dat ze me, vaak goedbedoeld, advies gaven. Al die tegenstrijdige info verwacht me. Ik vertrouw erop dat mijn hulpverlener weet wat goed voor me is.”

T.G.

1.4.2. WRAP en PEER-support

WRAP staat voor Wellness Recovery Action Plan, een in Amerika ontwikkeld zelfhulp-instrument. De methodiek baseert zich op PEER-support en herstelgroepen die geleid worden door WRAP-facilitators. In die groepen zitten uitsluitend mensen met ervaringskennis. De WRAP in Nederland is een initiatief van Kenniscentrum Phrenos en het HEE-team (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid). De methodiek kent ook in Vlaanderen zijn ingang.

- Het HEE-team bestaat uit ervaringsdeskundige docenten, die hun ervaringskennis overdragen aan anderen met het doel marginalisering van mensen met psychische beperkingen tegen te gaan en hun empowerment te bevorderen.
- Het HEE-programma omvat zelfhulpgroepen, studiedagen, cursussen en themabijeenkomsten in een samenhangend geheel.

- Het HEE-team biedt ook voorlichting op maat, adviseert en coacht individuen en organisaties en geeft lezingen.

Meer informatie over het HEE-team vindt u op: <https://www.hee-team.nl>

1.4.3. Persoonlijke diagnostiek

Door de eenzijdige toetsing op globale criteria komt de specifieke problematiek van individuele cliënten vaak niet boven water, aldus Jim van Os in zijn boek *De DSM-5 voorbij!* (van Os, 2015). Volgens hem leidt de huidige DSM-benadering in aan aantal gevallen tot overbehandeling, maar ook tot onderbehandeling. Hij pleit voor een diagnostiek met 100% aandacht voor de cliënt waarbij de aandacht van de hulpverlener gaat naar vier pertinente vragen geformuleerd door filosoof

Hegel (1770 –1831):

- Wat is er met je gebeurd?
- Wat is je kwetsbaarheid én je weerbaarheid?
- Waar wil je naar toe?
- En wat heb je nodig?

“Ik vroeg een vriend hoe gek ik ben op een schaal van pakweg fruit hij vindt me behoorlijk kiwi maar lacht me toch niet uit.”

T.G.

De eerste vraag nodigt de persoon met zorgbehoefte uit zijn verhaal te vertellen en de context te schetsen.

De vraag naar kwetsbaarheid en weerbaarheid onderzoekt de draagkracht, de beperkingen en de mogelijkheden van de persoon en zijn naaste omgeving. Het gaat over empowerment, autonomie en het aanspreken van de eigen krachten van de persoon met zorgbehoefte en zijn omgeving.

Het formuleren van doelstellingen maakt de echte verschuiving mogelijk van een probleemgeoriënteerde naar een doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning.

Wanneer de (levens-)doelen en de kwetsbaarheden en mogelijkheden van een persoon helder zijn, hierbij kan de expertise van de persoon met zorgnoden en zijn naasten ten volle worden ingezet.

In de methodiek die Van Os aanbeveelt, gaat hij uit van een participerende cliënt die – bijvoorbeeld met behulp van de ‘slimme app’ *PsyMate* – zijn eigen data verzamelt. Aldus verkrijgen behandelaar en cliënt een volledig zicht op de persoonlijke ervaringsnetwerken die zich voordoen in het dagelijks leven van de cliënt. Zowel de kwetsbaarheden als weerbaarheden worden hierdoor zichtbaar, wat vervolgens kan aangewend worden als eerste stap naar herstel. Zo wordt gepersonaliseerde diagnostiek in de meest strikte betekenis van het woord de eerste stap naar herstel.

Meer informatie is te vinden in het boek: *Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz, Jim van Os.*

1.4.4. Motiverende / Verbindende gespreksvoering

De motiverende gespreksvoering kent zijn ontstaan vanuit de verslavingszorg en werd in oorsprong beschreven door Miller en Rollnick (Miller & Rollnick, 2006). Het is een methode die werkt op het faciliteren en aangaan van intrinsieke motivatie bij de cliënt om te komen tot gedragsverandering. Het betreft een persoonsgerichte en presente manier van hulpverleners om het veel voorkomende probleem van ambivalentie ten aanzien van verandering aan te pakken.

De motivatie van een cliënt versterken lukt niet zonder een verbinding aan te gaan. De LEAP-methode (Listen Empathise Agree Partner, (Amador, 2007)) kan de verbindende schakel zijn in contact met mensen met een beperkt of geen ziekte-inzicht.

Meer informatie: De methodiek van motiverende gespreksvoering staat beschreven in het handboek van Miller, W., & Rollnick, S. Het boek 'In gesprek met psychose' van Jules Tielens, geeft concrete handvaten voor de behandeling van cliënten die geen of een gebrekkig ziektebesef hebben.

1.4.5. Open dialoog model

Als onderdeel van het vraaggestuurde zorgmodel in Finland, voorziet men de open dialoog aanpak. Deze aanpak is gericht voor de behandeling van psychotische cliënten in hun thuissituatie. De behandeling betreft het sociale netwerk van de cliënt en start binnen 24 uur na het eerste contact. De verantwoordelijkheid voor het gehele behandelproces berust bij hetzelfde team in zowel residentiële en ambulante situaties. Het algemene doel is om een dialoog te genereren die woorden geeft aan de ervaringen die onderdeel zijn van de psychotische symptomen. De Open Dialoog methodiek biedt tot op heden verrassende lange-termijn resultaten voor de behandeling van psychose en schizofrenie (Seikkula, 2003).

*“Ik wil huilen zonder tranen
in een land waar niemand woont
om te leren waar de grens ligt
als geen ander ze me toont.”*

T.G.

Meer informatie: de methodiek is nog niet beschreven in een handboek. Men vindt wel reeds een aantal wetenschappelijke artikels en op YouTube staan meerdere interviews, bijvoorbeeld: Jaakko Seikkula Speaks on Finnish Open Dialogue, Social Networks, and Recovery from Psychosis.

1.4.6. Rehabilitatiebenadering

De rehabilitatiebenadering dekt een brede lading en wordt ingevuld in verschillende sectoren en bij verschillende doelgroepen, waaronder justitie en geestelijke gezondheid. Het beginpunt daarbij is steeds een moment van ontregeling, en het eindpunt een verhoging van de levenskwaliteit.

Binnen de geestelijke gezondheid kent rehabilitatie een belangrijke ontwikkeling vanuit de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten. Steeds vaker wordt het concept ook vertaald naar vroege behandeling. Afhankelijk van de doelgroep krijgt de benadering een wat andere insteek en zien we dat onder de benaming verschillende concepten schuil gaan.

Het beginpunt, dat van de cliënt met zijn wensen en zijn zorgbehoeften en het eindpunt, de verbetering van de kwaliteit van leven en het vervullen van sociaal-maatschappelijke rollen, zijn in deze concepten wel steeds dezelfde, maar de weg die men bewandelt kan verschillen.

- Systematische rehalilitatiebenadering (SRH): met o.a Krachtenmatrix als methodiek – De methodiek is beschreven in *Zo worden cliënten burgers; praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen* door Dirk den Hollander en Jean Pierre Wilken en in 2011 uitgegeven door Uitgeverij SWP in Amsterdam. - <https://www.movisie.nl>
- Individuele rehalilitatiebenadering (IRB): met o.a. Doelvaardigheidsmodel als methodiek – Bij deze benadering hoort het Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn, in 2008 uitgegeven (tweede druk 2011) door Uitgeverij Coutinho in Bussum onder redactie van Lies Korevaar en Jos Dröes, <http://www.rehabilitatie92.nl>
- Clubhuismodel voor psychosociale rehabilitatie - <http://www.fountainhouse.org/>
- Strengths Model - ontwikkelaars: Rapp C.A. & Goscha, R.J. (2012). The Strengths Model. A recovery-oriented approach to mental health services. New York: Oxford University Press.

1.4.7. Bemoeizorg

Bemoeizorg, niet te verwarren met bemoeizucht, gaat over mensen verleiden tot zorg die in principe geen zorg wensen of nodig achten. Het is een vorm van sociaal-psychiatrische hulpverlening. Het betreft intensieve zorg en integrale hulp op gebied van verschillende levensdomeinen: wonen, zingeving, vrije tijd, gezondheid, enzovoort.

Bij de uitvoering van bemoeizorg zijn meerdere partijen betrokken zoals GGZ, verslavingszorg, CAW, OCMW en andere maatschappelijke opvang. Bemoeizorgteams zijn multidisciplinair samengesteld.

Meer informatie: de methodiek staat beschreven in het boek: Bemoeizorg, Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Jules Tielens, Maurits Verster.

1.4.8. De Recovery Oriented Practices Index (ROPI)

De *Recovery Oriented Practices Index* (ROPI) is een interviewleidraad om na te gaan of de aangeboden zorg wel effectief herstelgericht is. De verzamelde feedback stelt een team in de mogelijkheid hun handelen af te stemmen op een herstelgerichte aanpak. Het instrument is opgebouwd uit acht items en meet:

- de mate waarin tegemoet gekomen wordt aan basale zorgbehoeftes,
- de omvang van het dienstenaanbod,
- de mate waarin cliënten worden gestimuleerd tot sociale participatie en maatschappelijke integratie,
- de mate waarin sprake is van medezeggenschap van cliënten en participatiemogelijkheden,
- de mate waarin de zorg georiënteerd is op de mogelijkheden en krachten van de cliënt,
- de mate waarin sprake is van cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden,
- de mate waarin de cliënt de regie voert en zelf bepaalt,
- de mate waarin de focus ligt op herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid.

Meer informatie: is te vinden bij het Trimbosinstituut en via deze link <https://www.trimbos.nl/producten-diensten/webwinkel/product/?prod=DL014>

1.4.9. Herstelacademies

“Het is best ironisch. Ik zit dit met tranen in de ogen te schrijven. Maar weten dat het jullie kan helpen doet me doorgaan. Schrijven dus, over wat en aan wie dan ook.”

T.G.

Een herstelacademie biedt een cursusaanbod rond diverse levensthema's die mensen belangrijk achten bij hun psychisch herstel.

Door het creëren van een cultuur van educatie komt de nadruk te liggen op leren van elkaar, zelfbeschikking en zelfmanagement.

Ervaringskennis aangevuld met professionele kennis vormen in dit model de motor van de herstelacademie. Alle cursussen worden samen gemaakt (co-productie), samen gegeven (co-delivery) en leggen een focus op samen leren (co-receive).

De kracht van een herstelacademie is drieledig. Ten eerste helpen ze de individuen bij hun persoonlijk en gezamenlijk herstel, ten tweede helpen ze organisaties in een herstelgerichte praktijk en ten derde voorziet het model de mogelijkheid om over sectoren heen te investeren in dit vormingsaanbod.

De ontwikkeling van herstelacademies of 'Recovery Colleges' staat nationaal en internationaal in de kijker en wordt als één van de belangrijke stappen beschouwd in de organisatie van een herstelgerichte GGZ in de Angelsaksische landen (Perkins, Repper, Rinaldi, & Brown, 2013).

Meer informatie:

CGG Ahasverus te Halle-Vilvoorde startte als eerste in Vlaanderen een herstelacademie. Om ook andere regio's in de mogelijkheid te stellen met een Herstelacademie te starten, werd vanuit een samenwerking tussen de [Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid \(VGGG\)](#) en [Mentalis](#) een [Vlaamse Werkgroep Herstelacademies](#) opgestart. Meer informatie over herstelacademies en de werkgroep is te vinden op de website www.herstelacademie.be.

1.4.10. WerkWerkt!

WerkWerkt! is een methodiek die aansluit bij de wensen van mensen in hun zoektocht naar betaald werk en opleiding. Veel mensen met ernstige problemen, die geen job hebben en geen opleiding hebben genoten, willen wel werken of studeren.

De methodiek bevat twee belangrijke vernieuwingen: het overnemen van alle principes van *supported employment* én een nieuwe manier van intersectorale samenwerking (Knaeps, 2013).

Om de integratie tussen arbeid en GGZ mogelijk te maken (de tweede pijler van het project) werden twee functies gecreëerd: de arbeidstherapeut en de arbeidsspecialist¹. Deze twee vormen een mini-team en zijn de cruciale link met hulpverleners (psychologen, psychiaters, huisartsen ...) en arbeid (VDAB, RVA ...).

De arbeidstherapeut is meestal iemand van de zorg en focust op omgaan met symptomen, overleg met de psychiater, scheiding tussen privé en werk ... De arbeidsspecialist zoekt vacatures, overlegt met de werkgever, is aanwezig op de werkvloer ...

Meer informatie: De Werk Werkt!-methodiek is beschreven in een werkschrift en is te raadplegen op www.werkschriften.be

¹ De functie van arbeidstherapeut en arbeidsspecialist is terminologie die gehanteerd wordt binnen WerkWerkt! Model. De functie van arbeidstherapeut is ingebed binnen een zorgvoorziening, arbeidsspecialist is ingebed binnen een partner tewerkstelling.

2. Krachtgericht werken

2.1. Wat is empowerment?

Empowerment is het proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op hun eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van meer controle, het aanscherpen van het kritische bewustzijn en het stimuleren van participatie (Van Regenmortel, 2009)

De empowermentgerichte, ook wel krachtgerichte benadering genoemd, gaat ervan uit dat alle mensen (en hun sociale omgevingen) een inherente capaciteit tot leren, groeien en veranderen in zich hebben (Van Doorn, 2008).

2.2. Centrale kenmerken van krachtgericht werken

Net als bij herstel kan men anderen niet empoweren, personen dienen zichzelf te empoweren. De omgeving kan dit proces wel te ondersteunen door condities te scheppen om empowerment mogelijk te maken. Dit omvat meer dan een resem van methodieken die de eigen krachten van cliënten aanspreken. Het

*‘Kom, we gaan wandelen’
zei mijn ma. Ik volgde
haar naar buiten en
zwijgend liepen we het
blokje om. Weg van de
beklemmende muren
voelde ik voor het eerst
wat ruimte in mijn hoofd.
En dan te bedenken dat
als ze het me gevraagd
had, ik wellicht neen had
gezegd.”*

T.G.

is een concept, een denk- en handelingskader dat professionele hulpverleners stuurt in hun ondersteuning ten aanzien van de ‘cliënt’, met een eigen kijk op sociale problemen en oplossingen voor deze problemen. Dit krachtenmodel brengt een perspectief, aansluitend bij de theoretische inzichten uit de empowerment en de capability approach.

Bij een krachtgerichte benadering van cliënten gaat het om wat mensen kunnen, niet om hun beperkingen. Het vertrekpunt is een positief mensbeeld: mensen zijn leerbaar en in staat om binnen hun mogelijkheden te groeien en te veranderen. Doel van krachtgerichte methodieken is om mensen invloed te geven op zaken die voor hen belangrijk zijn. Zoveel mogelijk hulpbronnen worden ingeschakeld bij de persoon, maar ook in de sociale omgeving en de gemeenschap waar mensen wonen.

Het krachtgericht werken kent verschillende lagen. Het beperkt zich niet tot de individuele hulp- en dienstverlening, de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener. De krachten op dit individuele niveau kunnen slechts optimaal benut worden als ook in ruimere systemen en op andere niveaus (waaronder het beleidsniveau) op een versterkende manier gekeken en gehandeld wordt (Steenssens K., 2009).

2.3. Kerningrediënten binnen de krachtgerichte benadering

Uitgangspunt van het krachtenmodel is dat alle mensen in de mogelijkheid zijn om doelen te stellen, hun talenten te ontwikkelen en zelfvertrouwen te hebben. Ook alle omgevingen omvatten bronnen, mensen en mogelijkheden. Meestal is onze blik gericht op de beperkingen, het disfunctionele, de drempels en de pathologie.

De focus wordt gericht op mogelijkheden, opties, welzijn. Hulpverleners moeten doordrongen zijn van een krachtgerichte benadering zodat:

- de hulpvraag niet te snel door de hulpverlener wordt overgenomen;
- de hulpvragers minder afhankelijk worden van de hulpverlening;

- en de krachten van de cliënt en diens netwerk optimaal kunnen ingezet worden.

Krachtgericht werken en de regie zoveel mogelijk bij de hulpvrager laten, moet een basishouding worden van de hulpverlener opdat de krachtgerichte methoden ook kunnen werken.

De kwaliteit van leven of wat men bereikt in zijn leven, wordt sterk bepaald door de kwaliteit van de niches waarin men vertoeft. Een niche wordt gedefinieerd als 'een habitat van een persoon of een groep'. De variëteit van habitats stemt overeen met de levensdomeinen: woning, werk, opvoeding, vrije tijd, sociaal netwerk. Samen vormen ze de levensomstandigheden. In extreme vormen onderscheidt men twee types van niches: de vastzettende niches en de groeikansenbiedende niches (*enabling niches*).

In een kansenbiedende niche:

- ziet men de persoon als een totaal en uniek persoon met eigen aspiraties en kenmerken;
- worden krachtbronnen (middelen, steunbronnen, competenties, kwaliteiten) bij elkaar gebracht;
- worden kansen op maat geboden om vaardigheden en houdingen aan te leren;
- worden stimulansen geboden om realistische doelen te stellen en ernaar toe te werken;
- wordt goede realistische feedback gegeven waardoor mensen onrealistische percepties en interpretaties kunnen erkennen en corrigeren;
- krijgen mensen toegang tot andere niches waardoor hun sociale wereld verruimt.

Het creëren van dergelijke *enabling niches* is de belangrijkste opdracht voor hulpverlening, die krachtgericht en integraal werkt. Factoren die bijdragen tot de kwaliteit van dergelijke niches, komen uit twee bronnen: van het individu zelf en van de omgeving (Sannen, Driessens, & Vzerboven, 2011).

Een methodiek die vaak wordt genoemd binnen het krachtgericht werken, is het *Strengths model* (Rapp & Goscha, 2006). Het model heeft tot doel om een algemeen, holistisch beeld van de cliënt te krijgen. De nadruk ligt op de persoonlijke kwaliteiten, talenten en krachten van de cliënt en zijn omgeving. Het Strengths model is ook een middel om meer oog te hebben voor de mogelijkheden die de samenleving biedt. De methode heeft zes uitgangspunten die de kern van het model vormen:

1. Mensen die lijden aan een psychiatrische aandoening kunnen herstellen en hun leven zelf inrichten en vorm geven.
2. De focus is gericht op de individuele krachten en niet op de beperkingen.
3. De omgeving wordt gezien als een oase van mogelijkheden.
4. Interventies zijn gebaseerd op de wensen en keuzes van de cliënt.
5. De relatie tussen de casemanager en de cliënt komt op de eerste plaats.
6. De cliënt ontmoeten in zijn eigen leefwereld is het voornaamste onderdeel van de begeleiding

2.4. Goede praktijken binnen het krachtgericht werken

Krachtgericht werken en daarmee verbonden het werken met sociale netwerken is een belangrijke uitdaging waaraan op verschillende fronten en vanuit diverse invalshoeken wordt gewerkt. Diverse projecten en methodieken rond dit thema zagen de laatste jaren het daglicht. Zulke initiatieven groeien van onderuit, vanuit specifieke situaties en noden. Vaak startten ze dan ook in een bepaalde sector of context. Maar gaandeweg wordt duidelijk dat de meesten in principe ook doelgroep- en sectoroverschrijdend ingezet kunnen worden, omdat de uitgangspunten en het achterliggende paradigma gedeeld is. Die methodische variëteit is soms een hindepraal want roept vragen op zoals 'wat gebruiken we waar, voor wie en wanneer?'. Maar tegelijk is het een zegen, want het biedt de mogelijkheid om met je cliënt samen op zoek te gaan naar dat wat het meest op haar of zijn maat geschreven is. We geven hier enkele methodieken mee die op dit moment in Vlaanderen beschikbaar zijn en gebruikt worden. Deze opsomming zal niet volledig

zijn omdat er op dit terrein ook voortdurend gezocht en ontwikkeld wordt. We verwijzen dan ook naar het [kennisplein](#) waar we zo accuraat mogelijk informatie rond nieuwe ontwikkelingen trachten te verzamelen.

2.4.1. LUS

LUS vzw staat voor verbinding. Ieder van ons is namelijk beter af als hij/zij omringd is door familie, vrienden, kennissen. Het maakt de kwaliteit van ons leven beter én het is een zeer goeie 'springplank én terugvalbasis' om zelf krachtig te worden en je eigen leven uit te bouwen.

Op sommige momenten of door bepaalde gebeurtenissen (ziekte, armoede, problematische opvoedingsituaties, migratie, ...) komen die persoonlijke netwerken van mensen onder druk te staan en zien we deze afbrokkelen, inkrimpen, vervagen of heel plots 'ontploffen'. Op zo'n momenten kunnen mensen bij LUS vzw terecht in functie van het activeren, herstellen, opbouwen en/of uitbreiden van die netwerken.

Meer informatie:

LUS beschikt over een website <http://www.lusvzw.be/> waar ze een overzicht geven van wat ze concreet doen.

2.4.2. Eigen Krachtconferentie

"Mijn jongste dochter stond op van haar spel en kwam me een papieren zakdoekje geven. Ik bedankte haar en benadrukte nog eens dat mama 'weer' triest was door de ziekte in haar hoofd. Dat het niets met haar te maken had. 'Dat weet ik mama', zei ze en ze ging verder met haar spel."

T.G.

In een Eigen Kracht-conferentie® komen familie en vrienden bijeen om samen een plan te bedenken. Een onafhankelijk coördinator helpt de familie bij de voorbereiding van de conferentie.

Het beslissingsmodel 'Eigen Kracht-conferenties' verschilt van een expert-model, waar de expert op grond van verhaal van familie een diagnose maakt en een behandelingsplan opstelt.

Hoewel ook binnen de hulpverlening geprobeerd wordt om maximaal rekening te houden met de vragen en wensen van de betrokken cliëntsystemen, wordt dit principe bij Eigen Kracht-conferenties doorgetrokken. Wanneer families de kans krijgen, komen zij vaak zelf met verrassend oplossingen, die binnen een hulpverleningskader niet haalbaar zijn of nooit bij hulpverleners zouden opkomen.

Professionele hulp kan daardoor vraag-gestuurd ingezet worden. Op deze wijze zijn professionele expertise en de zeggenschap over de eigen levensloop optimaal met elkaar verbonden. Eigen Kracht-conferenties is meer dan een model. Het is een manier te garande-

ren: het recht om zelf regie te behouden over je eigen leven, het recht van familie om betrokken te worden.

Meer informatie:

Sinds 2006 maakt de v.z.w. *Eigen Kracht-conferenties.be* deze manier van werken mogelijk in België. Informatie is te vinden op de website <http://www.eigen-kracht.be/EKC>

2.4.3. Dienst Ondersteuningsplan (DOP)

De dienst ondersteuningsplan gaat samen met een persoon met (vermoeden van) een beperking en mensen die voor hem belangrijk zijn op zoek naar hoe een goed leven voor hem of haar er kan uitzien. Men vertrekt vanuit vragen, wensen, mogelijkheden en bezorgdheden van deze persoon en daarna zoekt men we antwoorden.

De pijlers zijn: cliënt centraal – het netwerk denkt mee - actie en verdere opvolging van het ondersteuningsplan.

Meer informatie:

[DOP folder](#) algemeen, er is een dienst DOP in elke provincie met een eigen folder.

- DOP Limburg: <http://www.doplimburg.be/>
- DOP Vlaams Brabant <http://www.dop-vbb.be/>
- DOP West Vlaanderen: <http://www.dop-wvl.be/>
- DOP oost Vlaanderen <http://www.dop-ovl.be/>
- DOP Antwerpen: <http://www.opmaatvzw.be/traject/>

2.4.4. Signs of Safety (SOS)

Het doel van Signs of Safety is een samenwerkingsrelatie op te bouwen met gezinnen waar (mogelijk) sprake is van kindermishandeling. Het einddoel van Signs of Safety is veiligheid voor het kind te creëren.

Het is een oplossingsgerichte methode waarbij een partnerschap wordt aangegaan met de ouders in een situatie waarin kindermishandeling of verwaarlozing wordt vermoed of is aangetoond. Samen met het gezin ontwikkelt de hulpverlener een veiligheidsplan.

Meer informatie:

Het handboek 'Veilig opgroeien: de oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderscherming', is een vertaling van het in 1999 gepubliceerde Engelstalige handboek van Andrew Turnell en Steve Edwards, bevat informatie over de Signs of Safety aanpak en tal van praktijkvoorbeelden die de werkwijze illustreren en toelichten.

Meer informatie is te vinden op de website www.signsofsafety.net

2.4.5. Columbusproject/positieve heroriëntering

In de visie van de Positieve Heroriëntering zoekt men samen naar nieuwe dynamieken met alle betrokkenen die geraakt zijn door de moeilijke interacties die zich voordoen in de context van een jongere. Die dynamiek ontstaat doordat elke betrokkene voor zichzelf op zoek gaat wat hij /zij droomt voor zijn/haar gezin. Kunnen mensen hun verlangens terugvinden en welke acties kunnen ze daartoe ondernemen? Centraal in deze processen is de uitwisseling tussen de betrokkenen over wat hen het diepste raakt en wat zij willen bijdragen tot een positieve verandering. Op die manier zet men in op verbinding en kunnen mensen hun hart weer voor elkaar openen.

Positieve heroriëntering houdt een vormings- en veranderingsproces in dat begint bij de zelfreflectie van elke betrokkene, zowel van contexten (gezinnen) als op het niveau van diensten en organisaties.

We spreken van een beweging van binnen naar buiten of, met andere woorden, de verandering start in het hart van elke betrokkene. Er wordt gepeild naar ieders verantwoordelijkheid en inzet. Dat resulteert in een gezamenlijk plan van aanpak en engagement.

Meer informatie:

Sinds de erkenning als module in de integrale jeugdhulp (2015) is Positieve Heroriëntering een begrip geworden in het Vlaamse hulpverleningsaanbod. Men ontwikkelt samen met partners uit de brede instap, de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en het Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ) een aanpak om aan de slag te gaan in verontrustende situaties.

Informatie is te vinden op de website [Jongerenwelzijn van de Vlaamse overheid](#).

2.4.6. SoNeStra

SoNeStra staat voor het werken vanuit Sociale NetwerkStrategieën. Volwassenen, kinderen, gezinnen, individueel of met elkaar wonend in een wijk, staan soms voor moeilijke kwesties, belangrijke vragen of onmogelijke dilemma's. Zij kunnen dan aankloppen bij hulp- of dienstverlening.

De missie van SoNestra is dat professionals vanuit een basishouding werken opdat mensen hun eigen beslissingen kunnen nemen, zelf een plan maken samen met voor hen belangrijke mensen uit hun familie of sociaal netwerk, of hun buurt, en met elkaar dit plan uitvoeren. Zij beslissen ook zelf welke hulp- en/of dienstverleners een bijdrage mogen leveren aan het realiseren van hun plan.

De rol van de professional is die van een facilitator; hij maakt mogelijk dat iedereen die aanklopt in zijn eigen kracht blijft en gebruik maakt van de krachten in zijn eigen omgeving. Hier horen een aantal vaardigheden en technieken bij. Het werken vanuit Sociale NetwerkStrategieën bestaat uit vier onderdelen:

- Het Verhaal
- Het Netwerkkompas
- Het Beraad
- Samenwerken in een Actieteam

Meer informatie:

Meer informatie is te vinden op de website <http://sonestra.nl/> .

2.4.7. Bind-Kracht

Bind-Kracht wil hulpverleners en begeleiders ondersteunen en versterken in het krachtgericht werken met mensen in armoede via onderzoek, methodieontwikkeling, vorming en dialoog.

Bind-Kracht hanteert een structurele visie op armoede. Het zijn vaak structuren die mensen uitsluiten of geen kansen geven op ontwikkeling. Sociale uitsluitingsmechanismen creëren maatschappelijke kwetsbaarheid. Het centraal stellen van het leefwereldperspectief, brengt inzicht in de beleving van armoede, de drijfveren en krachten van mensen in armoede, de verschillen tussen mensen in armoede en het dynamisch karakter van armoede.

De aanpak van armoede vraagt om krachtgericht en integraal werken in een gedeelde verantwoordelijkheid. Bind-Kracht vereist samenredzaamheid in een samenleving die iedereen een plek biedt om op zijn maat een bijdrage te leveren, opdat eenieder tot en aan zijn recht zal kunnen komen.

Meer informatie:

Informatie is te vinden op de website <https://www.kdg.be/bind-kracht-armoede> .

3. Krachtinsteek als inherent aan herstelgericht werken in de ggz?

3.1. Hoe verhoudt het krachtgericht werken zich tot het herstelgericht werken?

Van Audenhove plaatst in haar boek *Herstellen doe je zelf* het krachtgericht en herstelgericht werken op een continuüm en stelt dat een nieuwe visie op GGZ vertrekt vanuit de **sterktes** en mogelijkheden van persoon en is gericht op zijn **herstel** (Van Audenhove, 2015). Bij de vertaling van deze visie naar de praktijk ziet zij sterke raakvlakken met de meer generiek geformuleerde doelen voor innovatieve en gebruikersgerichte zorg die reeds eerder ontwikkeld werden door stakeholders van diverse sectoren in de zorg en welzijnssector (Vranken & Hermans, 2009). Deze generieke doelen zijn:

1. Levenskwaliteit
2. Zelfredzaamheid en autonomie
3. Participatie en verbondenheid
4. Inclusie

Levenskwaliteit

De zorg beoogt het sociaal (interpersoonlijke en sociale relaties, sociaal netwerk), emotioneel (psychische gezondheid en welbevinden) en fysiek (fysieke gezondheid en welbevinden) welzijn van elke gebruiker te verbeteren. Dit welzijn heeft een belangrijke invloed op de mate waarin de gebruiker kan functioneren en op de ervaren persoonlijke tevredenheid/vervulling met betrekking tot de eigen levensomstandigheden.

Zelfredzaamheid en autonomie

De zorg biedt de gebruiker de mogelijkheid om zo zelfstandig mogelijk te leven, zelf keuzes te maken en beslissingen te nemen, zowel met betrekking tot het eigen zorgtraject als tot zijn ruimere leven. De gebruiker moet in zijn keuze- en beslissingsproces kunnen rekenen op aangepaste ondersteuning.

Participatie en verbondenheid

De zorg faciliteert en bevordert de actieve deelname van gebruikers, familieleden en gebruikersorganisaties aan de organisatie van die zorg. Dit situeert zich op micro- (het eigen zorgtraject), meso- (de welzijnsorganisaties) en macroniveau (het welzijnsbeleid). Ze erkent het belang van de ruimere familiale, sociale en maatschappelijke context en is bovendien gericht op de (her)verbinding van de gebruiker met deze context.

In dit proces is de gebruikers vaak even actief als de welzijnsorganisaties en hun medewerkers. De gebruiker ondergaat de behandeling niet als passief wezen, maar geeft zelf vorm aan de zorg door in interactie te treden met de hulpverlener.

Inclusie

De zorg bouwt mee aan een maatschappij waar ruimte is voor diversiteit en waar zoveel mogelijk burgers normaal kunnen functioneren, zich aanvaard weten, elkaar kunnen ontmoeten en samen leven.

3.2. Herkomst van de begrippen

Wanneer we naar de sectoren gaan kijken dan zien we dat de term *krachtgericht werken* meer wordt gebruikt binnen het (algemeen) welzijnswerk. Het begrip *herstelgericht werken* lijkt zich dan weer meer te situeren op de domeinen van geestelijke gezondheid en justitie.

De term *krachtgericht werken* is ontstaan vanuit de *empowerment* gedachte eigen aan de burgerrechtenbewegingen, zoals de vrouwenbeweging van de jaren '50-'60 en de bevrijdingsfilosofie van Zuid-Amerika uit de jaren '70. In de jaren '80 deed empowerment ook zijn intrede op het gebied van cultuur, ontwikkelingsamenwerking, gezondheidszorg, opleiding, werk en ook management (Verzaal, 2002).

Herstel of recovery zoals we dit gebruiken binnen geestelijke gezondheid, kent zijn ontstaan in het *clubhouse model* van Amerika. Fountain House, het eerste *Clubhouse* opende in New York in 1948. Ze ontstonden voor een deel als een reactie op de vermeende houding van pessimisme en paternalisme die toen inherent was aan de conventionele psychiatrische zorg.

Hun aanpak was in een aantal opzichten vernieuwend daar er werd uitgegaan van het feit dat Clubhouse "leden" ondanks een psychische kwetsbaarheid, in de mogelijkheid waren om productief te werken en een sociaal bevredigend leven uit te bouwen. Een doorstart van het clubhousemodel kwam er in de jaren '70. Men startte met opleidingsprogramma's waardoor de idee ook in Europa verspreid geraakte (o.a. Noorwegen en Finland). Vandaag viert de internationale clubhousing gemeenschap zijn 20 jarig bestaan (Clubhouse International, 2010).

Sinds de jaren '90 zien we in Engeland en Nederland een sterke opkomst van ervaringskennis. Ook in Vlaanderen kennen we vandaag een groeiend aantal getuigenissen van mensen en hun herstelverhalen.

Herstel vanuit justitiële hoek is gegroeid vanuit de idee van herstelrecht (restorative justice) in de jaren '70 en is afkomstig uit Nieuw Zeeland en Australië. Het is afgeleid van de manier waarop de Maori's hun conflicten oplosten. Zij zien delicten als conflicten waarbij schade wordt veroorzaakt en de relatie tussen dader en het slachtoffer is verstoord. Vanuit deze visie zal men zich ook prioritair richten naar het herstel van de schade. Niet de dader (beschermingsrecht) of de daad (strafrecht) is het uitgangspunt van de maatschappelijke reactie maar wel de schade. Het verhaal van het slachtoffer en zijn visie op het gebeuren is even belangrijk als het verhaal van de dader, zijn omgeving (vb. ouders) en hun visie op de feiten en het herstel. Bemiddeling is de methode bij uitstek om al deze partijen op authentieke wijze te betrekken en samen te zoeken naar een manier waarop de schade kan worden hersteld.

4. Handvatten voor de organisatie van een herstelgerichte praktijk

Herstelgericht werken brengt heel wat implicaties met zich mee indien we hiervoor ten volle willen gaan. Het is dan ook een uitdagend paradigma en dat vraagt wel wat om hierop in te zetten. Het betreft een proces waar reeds door velen een kantelingen in deze richting werd gemaakt en wat zich nu cumuleert in een meer uitgewerkt en uitgesproken paradigma.

Herstelgericht werken vraagt geen gehele ommekeer van wat we vandaag reeds doen en verstaan onder behandeling en diagnostiek. Het behelst de manier waarop we dingen doen en de ruimte die we laten voor het persoonlijke.

Voor de organisatie van een herstelgerichte praktijk zijn veranderingen mogelijk op de verschillende niveaus: macro (de samenleving – het algemeen beleid – de zorgorganisatie), meso (intermediairs, beleid van de organisaties, infrastructuur van de organisatie) en micro (houding van de hulpverlener, houding van de cliënt, ...).

In dit hoofdstuk geven we een aantal krachtlijnen die aansluiten bij de organisatie van de zorg en maken we een vertaling van een beleidsadvies [Implementing Recovery, A methodology for organisational change](#) (Shepherd, Boardman, & Burns, 2010)

4.1. Getrapte en toegankelijke zorg en ondersteuning

Ideaal bestaat er een continuüm van informele zorg tot formele zorg, waarbij de idee van subsidiariteit of getrapte zorg gehanteerd wordt. Getrapte zorg, gaande van zelfzorg, over mantelzorg en wijk- en buurtzorg naar de professionele eerstelijnszorg tot de gespecialiseerde zorg en ondersteuning.

‘Het streefdoel is een gedeelde zorg en ondersteuning op maat van de persoon met zorgbehoefte, waarbij niet automatisch uitgegaan wordt van het maximale aanbod. Getrapte zorg bevordert de autonomie van de persoon met zorgbehoefte en vermijdt zorgafhankelijkheid’ (Everaert, Scheerder, De Coster, & Van Audenhove, 2007)

Subsidiariteit betekent in deze context dat men alle kansen wil geven aan zelfzorg, mantelzorg en informele zorg en dit professioneel mee zal ondersteunen. Men hanteert hierbij een zuinigheidsprincipe waarbij de zorg geboden wordt die nodig is, maar niet meer. Wanneer meer gespecialiseerde vormen van zorg en ondersteuning noodzakelijk zijn, zullen deze ook niet langer worden aangehouden dan nodig is.

Deze principes van getrapte zorg en subsidiariteit veronderstellen in de eerste plaats ook een sterk uitgebouwd direct toegankelijk aanbod. Professor Maria Bouverne-De Bie typeert dit aanbod met haar “toegankelijkheidsscan” en 5 B’s: beschikbaar, bruikbaar, bereikbaar, betaalbaar en begrijpbaar (Rutgeerts, 2015). Het gaat om een wisselwerking tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning.

4.2. Sensitief zijn voor diversiteit

In de samenleving vandaag is het thema ‘diversiteit’ meer dan ooit aan de orde. Professionals komen op de werkvloer steeds meer diversiteit tegen. Diversiteit in zorg en ondersteuning houdt méér in dan louter etnisch-culturele diversiteit. Het omvat bijvoorbeeld ook socio-economische diversiteit, taal, gender, seksuele voorkeur, en zo meer.

“Dit was mijn pijn maar is verzacht wat jij nu leest is wat ik dacht geen morgen zonder vraag wat schaft de pot vandaag.”

T.G.

De herstel- en krachtgerichte benadering vertaalt zich in hoofdzaak in Euro-Amerikaanse begrippen. Het bouwt voort op de ideeën van een onafhankelijke entiteit waarbij de scheiding tussen de mens en zijn omgeving centraal staat. In culturen waar meer wordt gedacht vanuit een 'Wij' benadering, worden alle omliggende elementen beschouwd als verbonden met de persoon zelf. De culturele opvattingen van de persoon beïnvloeden het belang dat wordt gegeven aan verbindingen met het gezin, de gemeenschap, en spiritualiteit als belangrijke dimensies van herstel voor diverse culturele groepen.

In functie van de culturele context wordt een andere invulling gegeven aan begrippen als gezondheid, bevredigend leven, doelen, rollen, etc. Bij het opzetten van een betekenisvolle praktijk zal in functie van de culturele context aandacht moeten gaan naar een gepaste definiëring van deze begrippen (Adeponle, Whitley, & Kirmayer, 2012).

4.3. Ervaringsgericht perspectief in het verandertraject

Organisaties die participatief werken, creëren meer betrokkenheid. Betrokken burgers en medewerkers maken organisaties duurzaam en kwaliteitsvol. Bij het opzetten van een verandertraject dient er van bij aanvang ruimte geboden te worden aan cliënten om te participeren aan dit traject en aan te geven hoe zij het liefst ondersteund willen worden bij hun herstel. Veelal zal het eerste initiatief voor het opzetten van een verandertraject liggen bij het management of de hulpverleners. Dit mag er niet toe leiden dat cliënten het implementatietraject gaan zien als iets van de hulpverleners waar zij zelf geen aandeel in hebben. De inbreng van cliënten of ervaringsdeskundigen is nodig om de veranderingen door te kunnen voeren.

4.4. It takes two to tango

In tijden waarin de roep van de burger, en de persoon met zorgbehoefte in het bijzonder, om zelfbeschikking groot is, moeten professionals ook ruimte krijgen om de eigen grenzen aan te geven. De slinger kan niet volledig doorslaan. Een goede, gelijkwaardige zorg- en ondersteuningsrelatie kan maar bestaan wanneer beide partijen zich erin gehoord en gewaardeerd voelen.

Een goede organisatie van de professionele zorg en ondersteuning moet ook de professional zelf versterken (Strategische Adviesraad - Welzijn - Gezondheid - Gezin, 2015). De implementatie van herstelondersteunende zorg heeft pas kans van slagen als er voldoende medestanders zijn die de ideeën een warm hart toedragen. Het gaat om veranderingen die ingrijpen op de cultuur en de manier van handelen binnen de organisatie. Een paradigma dat gericht is op het terugdringen van stoornissen wordt getransformeerd naar een paradigma dat gericht is op krachten en het bieden van ondersteuning bij herstel. Dit heeft onder meer gevolgen voor de verhoudingen tussen cliënten en medewerkers, de rol van cliënten en de attitude van medewerkers. Niemand kan om die veranderingen heen. De implementatie van herstelondersteunende zorg is te omvangrijk om 'er even bij te doen'. Het heeft impact op alle terreinen en alle lagen van de organisatie en vraagt om een projectmatige aanpak. Belangrijk is dan ook om de plannen in een vroeg stadium met het management te bespreken. Een draagvlak vanuit het management is noodzakelijk.

4.5. Tien organisatorische uitdagingen (ImROC)

Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC) is een kennisnetwerk in Engeland dat GGZ organisaties en hun partners ondersteunen in het opzetten van veranderingsprocessen naar een herstelgerichte praktijk. Ze rekenen hierbij op een brede staf van academici met ervaringskennis en professionele kennis en bieden expertise op alle mogelijke levensdomeinen.

Hun beleidsadvies *Making Recovery a Reality* (Shepherd, Boardman, & Slade, 2008) geeft een samenvatting van de sleutelprincipes van herstel en de implicaties ervan voor zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Men argumenteert dat de herstellilosofie drie onderliggende principes bevat, zijnde 'Hoop', 'Controle' en 'Opportunities'. Vanuit deze gedachte is men gaan kijken hoe organisaties herstelondersteunende zorg kunnen bieden aan hun gebruikers.

Deze nota resulteerde in het opzetten van veranderingsprocessen in een belangrijk deel van de GGZ organisaties in Engeland. In de periode 2008/2009 werden een groot aantal workshops opgezet. Het resultaat van deze workshops werd samengevat in de nota ['Implementing Recovery, A new framework for organisational change'](#), waarin 10 organisatorische uitdagingen beschreven staan:

- **Verander de dagelijkse cultuur in de ganse organisatie**

Elke interactie, door elk lid van de organisatie, moet het herstelprincipe weerspiegelen en herstelwaarden bevorderen. Zij moeten niet-professionele deskundigheid erkennen, machtsverschillen verminderen en de persoonlijke controle ('agency') van de cliënt verhogen. Zij hebben een positieve ingesteldheid en dienen hoop te promoten.

Organisaties moeten kijken naar alle interne 'paden' die ze maken voor hun gebruikers, zoals hun aanmeldingssystemen, onthaal, doorverwijzing, evaluatie, coördinatie en beleid met betrekking tot afbouw of afronding van zorg. Ze moeten zich telkens de vraag stellen of deze ondersteunend of belemmerend zijn voor de herstelprocessen van hun gebruikers.

- **Voorzie 'gebruiker geleide' opleidingsprogramma's**

Om een consistente verandering in de houding van het personeel en de organisatie te verkrijgen is er nood aan opleidingsprogramma's voor alle medewerkers op alle niveaus. Het gebruikersperspectief dient hierin leidend te zijn. Dit vereist een aanbod van goed opgeleide gebruikers die een voorbeeldfunctie kunnen opnemen in deze opleiding.

- **Voorzie een educatief aanbod**

ImROC pleit voor het opzetten van een herstelacademie in elke GGZ regio. Door het creëren van een cultuur van educatie komt de nadruk te liggen op leren van elkaar, zelfbeschikking en zelfmanagement.

Elke academie moet in de mogelijkheid zijn om zelf mensen op te leiden die vanuit hun ervaringskennis een bijdrage willen leveren aan het vormingsaanbod en de academie. Een samenwerking met opleidingscentra voor professionele 'ervaringsdeskundigen' is wenselijk, deze kunnen dan ingezet worden in de zorg.

- **Verander de uitstraling van de organisatie**

Training alleen volstaat niet. Herstelprincipes moeten ingebed geraken in elk proces van de organisatie, zoals aanwerving, supervisie, evaluatie, audit, planning en operationeel beleid. Deze waarden moeten ook tot uiting komen in de uitstraling van de organisatie, bijvoorbeeld in *mission statements*, taal en publicaties. Het dient voor ieder helder te zijn wat men precies bedoelt met het creëren van een herstelgerichte cultuur.

- **Moedig een persoonlijke aanpak en keuzemogelijkheden aan**

De herstelcultuur moet weerspiegeld worden in sleutelementen van het beleid en de procedures. Dit moet leiden tot een meer persoonlijke aanpak en het mogelijk maken van keuzes door bijvoorbeeld het verstrekken van uitgebreide informatie, door zelf-management aan te moedigen, door het vergroten van keuzemogelijkheden in de te volgen behandeling e.d.

- **Verander de benadering van risico-beoordeling en management**

Een van de belangrijke sleutelement in de verandering is het durven nemen van positieve risico's. Het omvormen van een GGZ cultuur is intrinsiek verbonden aan het nemen van risico's.

Er bestaan vandaag reeds regio's waar tot 50% van de medewerkers bestaat uit ervaringsdeskundigen, een voorbeeld hiervan is het Recovery International Center in Phoenix, Arizona.

- **Herdefinieer de betrokkenheid van gebruikers**

Het is niet de ene groep tegen de andere, maar professionals en gebruikers dienen samen te werken in een gelijkwaardig partnerschap, weg van traditionele 'Wij/Zij' werkvormen. Gebruikers dienen zich verbonden en betrokken te voelen bij de organisatie. Een richtinggevende vraag hierbij kan zijn; 'Hoe kunnen we met z'n allen meer efficiënt samenwerken als partners om mensen te helpen hun leven uit te bouwen zoals zij dit zelf wensen?'

- **Verander het personeelsbestand**

ImROC stelt dat wanneer een dienst zich echt meer richt op de noden van gebruikers en ervaringskennis naar waarde schat, dit voor de hand liggende gevolgen zal hebben voor de samenstelling van het personeelsbestand. Zo kan men een groeiende rol voor professionele 'ervaringsdeskundigen' in de organisaties verwachten.

- **Ondersteun personeel in hun herstelproces**

Deze veranderingen hebben een fundamentele implicatie op de medewerkers. Medewerkers hebben nood aan veiligheid, zij zullen hoop en keuzes moeten promoten en dienen rekening te houden met gebruikersgerichte noden.

- **Verhoog mogelijkheden om een leven uit te bouwen voorbij de aandoening**

Problemen als stigmatisering zullen ook moeten worden aangepakt, deze blijven een belangrijke belemmering voor mensen met psychische gezondheidsproblemen. Een correcte beeldvorming over geestelijke gezondheid is belangrijk, herstel is een zaak van de hele gemeenschap.

Herstel implementeren betekent het open stellen van organisaties. Organisaties moeten zich richten op inclusie in de samenleving. Het is nodig om over de sectoren heen een partnerschap te creëren met domeinen zoals wonen, onderwijs en tewerkstelling. Gebruikers dienen ondersteund te worden om een leven te leiden waar ze zelf voor kiezen en dienen bijvoorbeeld vlot toegang te krijgen tot betaalde tewerkstelling.

5. Conclusie:

Fundamenteel kunnen de begrippen herstel- en krachtgericht werken niet uit elkaar getrokken worden. Het praten over herstel, dan wel krachtgericht werken heeft veelal te maken met de aan- of afwezigheid van een behandelfocus en een toestand van ziekte of ontregeling die hieraan is vooraf gegaan.

De beide concepten zijn een resultaat van het moderne 'Ik-denken' waarbij de nadruk ligt op het versterken van zelfbeschikking, eigen keuze en mogelijkheden, met een actieve stem van de cliënt in de richting van de eigen gezondheidszorg en dit op diverse levensthema's.

We zien over verschillende sectoren en beleidsdomeinen een toename van **herstelgerichte en krachtgerichte praktijken**. De *boost* van deze praktijken is veelal ingegeven vanuit de dynamiek van vermaatschappelijking en het streven naar een meer integrale zorg. Hierdoor wordt geestelijke gezondheid 'Zorg van Velen' (Hutschemaekers, 2006). Eén element hiervan is dat de diverse sectoren en beleidsdomeinen dienen open te staan voor geestelijke-gezondheidszorg-materie en voor het ontwikkelen van gezamenlijke visie en praktijken.

We zien dat de begrippen meer aanwezig zijn in de ene dan wel in de andere sector, mogelijk is dit mede bepaald door hun herkomst. Herstel binnen geestelijke gezondheidszorg komt voort uit de recovery beweging van de jaren '40, ontstaan als reactie op de toen heersende waarden in de psychiatrie. Binnen welzijn is de krachtgerichte benadering sterk aanwezig, deze komt voort uit de burgerrechten beweging van de jaren '50. Herstel vanuit justitie kunnen we dan weer plaatsen vanuit de context van restorative justice, ontstaan in de jaren '70. De laatste jaren zien we dat de begrippen meer naar elkaar toe groeien.

Herstel- en krachtgericht werken betekent geenszins dat we een gehele kanteling moeten maken. Ook specialistische hulp –het stellen van een diagnose of aanbieden van een klassieke behandeling- blijft in dit kader een belangrijke plaats hebben. Het perspectief van de cliënt komt echter wel meer centraal te staan, hulpverlening stelt zich hierbij **dienstbaar** op.

Een paradigma dat gericht is op het terugdringen van stoornissen wordt in de herstelgerichte visie dus getransformeerd naar een paradigma dat gericht is op het focussen op krachten en het bieden van ondersteuning bij het herstelproces. Dit heeft gevolgen voor de verhouding tussen cliënten en hulpverleners, hun rol en attitudes ten opzichte van elkaar.

hoezeer wil ik geloven
dat straks het tij nog keert
vertrouwen doe ik niet alleen
wij samen kunnen meer.

T.G.

Het benutten van de expertise van de cliënt en zijn naasten in al zijn aspecten, vraagt van de professional en zijn organisatie een complexe denkoefening. Telkens opnieuw krijgt men af te rekenen met een verschil in waarden, normen en noden van generalistische, dan wel specialistische aard. Hieraan tegemoet komen vraagt een feilloos kunnen inspelen op deze unieke processen en diversiteit. Onder andere voor mensen met een andere culturele achtergrond stelt zich een uitdaging om het denkkader dat hoofdzakelijk gebaseerd op een 'Ik'-denken op een gepaste manier aan te wenden en te vertalen naar een 'Wij-denken'.

Bovenstaande vertalen naar een competentieprofiel voor een geschikte hulpverlener of organisatie, leidt al snel tot een profiel van superprofessionals en dito organisaties. Het antwoord is mogelijk eenvoudiger: zorg en ondersteuning bieden kan je best in netwerken en samenwerkingsverbanden. Een streven naar een integrale aanpak over sectoren heen is dan ook aangewezen.

Zoals reeds gesteld, vormt deze tekst slechts de start voor een cruciaal verder te maken denkoefening over welke plaats en welke meerwaarde het kracht- en herstelgericht werken kan bieden binnen de (ge-

specialiseerde) geestelijke gezondheidszorg, maar ook over hoe we hier over de sectoren heen samen mee aan de slag kunnen.

Bibliografie

- Adeponle, A., Whitley, R., & Kirmayer, L. (2012). Cultural contexts and constructions of recovery. In A. Rudinck, *Recovery of People with Mental Illness*: (pp. 109-132). Oxford: Oxford University Press.
- Amador, X. (2007). *I am not sick, I don't need help*. Edition Retz.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W., & Farkas, M. (2012). *The essential guide to psychiatric rehabilitation practice*. Boston: Boston University.
- Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (2002). *Psychiatric Rehabilitation, 2nd edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Ashcraft, L. (2007). *Advanced Peer Practices*. Arizona: Recovery Innovations.
- Baert, A. (2001). *Een theorie van de Presentie*. Den Haag: Lemma.
- Baes, H., & Serrien, L. (2014). *Praktijkboek herankering*. Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.
- Boertien, D. (2013). Hertsel en empowerment. In W. Veling, M. Van Der Wal, S. Jansen, J. van Weeghel, & D. Linszen, *Handboek Voeg Psychose* (pp. 157-167). Amsterdam: SWP.
- Boonstra, T. (2011). Early detection of psychosis; Why should we care? *Academisc Proefschrift RUG; Groningen*, RGOc 29.
- Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *Psychotherapie and Psychosomatics* 136, 413-22.
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4): 459 – 470.
- De Wachter, D. (2014). *Liefde: Een onmogelijk verlangen*. Leuven: LannooCampus.
- Development, T. I. (2010). *Clubhouse International*. Opgehaald van <http://www.iccd.org/>.
- Droës, J., & Witsenburg, C. (2012). *Herstel en rehabilitatie*. Amsterdam: SWP.
- Droës, J., & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, (2), 6-16.
- Droës, J., & Vreeswijk, K. (2012). *Toolkit: ondersteuning van maatschappelijk herstel met de individuele rehabilitatie benadering (IRB)*. Utrecht: Mens en Maatschappij.
- Everaert, S., Scheerder, G., De Coster, I., & Van Audenhove, C. (2007). *Getrapte zorg van personen met depressie in de centra geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: Lucas.
- Farkas, M. (2012, September 17). *Psychosocial Rehabilitation Workshop*. Opgehaald van www.psy107.be: http://www.psy107.be/SiteFiles/Psychosocial%20Rehabilitation%20Workshop.pdf
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 145 – 153.

- Harding, C. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, supplement 384: 140-146.
- Hendriksen, A. (2012). *Bridging the gap*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hendriksen-Favier, A., & Nijmens, K. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Henkemans et al. (2010). *Zelfmanagement als Arbeidsbesparende Innovatie in de zorg*. Leiden: Raad voor de Volksgezondheid.
- Hutschemaekers. (2006). Het einde van een sectorale ggz. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 48, 1, 27-37.
- Knaeps, J. (2013). *WerkWerkt!* Gent: GTB.
- Kole, D. (2012). De hulpeloosheid en hopeloosheid voorbij. *Deviant* 69, 69 (11), 16-18.
- Meesters, P. (2011). *Schizophrenia in Later Life: Studies on prevalence, phenomenology and care needs*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2006). *Motiverende gespreksvoering*. Ekklesia .
- Morgan, S. (2004). Positive risk-taking: an idea whose time has come. *Health CareRiskReport*, 18-19.
- Onken, S., Craig, P., Ridgway, R., & Cook, J. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (1):9-22.
- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., & Brown, H. (2013). *Implementing Recovery through Organisational Change - ImROC*. Londen: NHS Confederation Mental Health Network.
- Presentie, S. (2011). www.presentie.nl/wat-is-presentie. Opgehaald van www.presentie.nl: <http://www.presentie.nl/wat-is-presentie>
- Rutgeerts, E. (2015, 6). De vijf B's in beweging. *KIDDO*, pp. 20-22.
- Sannen, L., Driessens, K., & Vzerboven, A. (2011). *Werk & Welzijn verankerd*. Antwerpen: Karel de Grote Hogeschool.
- Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325. .
- Seikkula, J. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two- year Follow-up on First Episode Schizophrenia . *Ethical Human Sciences and Services*, Volume 5, Number 3.
- Shepherd , G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Londen: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Burns, M. (2010). *Implementing Recovery, A methodology for* . Sainsbury: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Steenssens K., D. B. (2009). *Conceptnota empowerment en activering in armoedesituaties*. Leuven: Hiva-K.U.Leuven.
- Strategische Adviesraad - Welzijn - Gezondheid - Gezin. (2015). *Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst*. Brussel: Strategische Adviesraad - Welzijn - Gezondheid - Gezin.

- Van Audenhove, C. (2015). *Herstellen kan je zelf*. Leuven: LannooCampus.
- Van Audenhove, C., & De Rick, K. (2003). *De vermaatschappelijking van de zorg*. Leuven: Lucas.
- Van Doorn, L. G. (2008). *Outreached werken. Handboek voor werkers in de eerste lijn*. Bussum: Coetinho.
- Van Gestel-Timmermans, H. (2011). *Recovery is up to you: Evaluation of a peer-run course (proefschrift)*. Tilburg: Tilburg University.
- van Os, J. (2015). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Diagnose Uitgevers.
- Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie. *Journal of Social Intervention*, 22-42.
- Vandenbroucke, F. (2000, oktober 21). <http://oud.frankvandenbroucke.be/html/soc/T-001021.htm>.
Opgehaald van oud.frankvandenbroucke.be: <http://oud.frankvandenbroucke.be/html/soc/T-001021.htm>
- Verhoef, D. J. (2013). *Eigen regie versterken: geen zaak van de patiënt alleen*. Leiden: Hoge school Leiden.
- Vranken, R., & Hermans, K. (2009). *Zorginnovatie in Welzijn*. Leuven: LUCAS.

Bijlage

Herstelondersteunende begeleidingsplannen: *do's* en *don'ts*

Do's

- De krachten, talenten en mogelijkheden van cliënten zijn leidraad voor de hulpverlening.
- Het plan brengt in kaart welke wensen en ambities iemand heeft.
- Het plan brengt in beeld welke hulpbronnen hij/zij daarvoor heeft.
- Het plan maakt duidelijk welke ondersteuning de cliënt graag wil en op welke wijze.
- Het tempo wordt bepaald door de cliënt.
- Het taalgebruik sluit aan bij de cliënt.
- De cliënt heeft voldoende keuzemogelijkheden.
- Er is aandacht voor het netwerk van de cliënt.

Don'ts

- De diagnose, ziektegeschiedenis en beperkingen staan centraal.
- Het soort doelen ligt bij voorbaat vast.
- Doelen worden geformuleerd door de hulpverlener.
- De meeste doelen zijn vanuit het perspectief van hulpverleners gesteld:
 - de cliënt dient zijn dag- en nachtritme terug te krijgen;
 - de cliënt moet stabiliseren;
 - de cliënt krijgt ziekte-inzicht.
- Het plan gaat vooral over problemen en beperkingen.