



Hoe werken resourcegroepen?

Dit artikel biedt praktische inzichten en tips voor verpleegkundigen om effectief gebruik te maken van het resourcegroepenmodel. Werken met dit model bevordert de eigen regie van cliënten, bevordert triadisch werken (de patiënt, de naaste(n) en de hulpverlener(s) overleggen met elkaar om samen het herstel van de patiënt te ondersteunen) en gezamenlijk herstel van cliënt en naasten. Ontdek hoe dit model de zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen kan verbeteren en verken de rol van de verpleegkundig specialist GGZ.

MARIANNE VAN DE LINDE, verpleegkundig specialist GGZ, Parnassia Groep, Dordrecht

DAPHNE BOEKE, verpleegkundig specialist GGZ, Parnassia Groep, Rotterdam

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel

- weet u wat het resourcegroepenmodel inhoudt en hoe het kan bijdragen aan gezamenlijk herstel;
- heeft u inzicht in de verschillende fasen van het resourcegroepenmodel en begrijpt u hoe deze toegepast kunnen worden in de praktijk;
- bent u zich bewust van de uitdagingen en valkuilen bij het werken met het resourcegroepenmodel;
- kunt u de narratieve benadering toepassen bij verdiepingsgesprekken met naasten en begrijpt u het belang hiervan voor het herstelproces;
- kunt u als verpleegkundig specialist GGZ uw leiderschap inzetten om de kennis en betrokkenheid van uw directe collega's met betrekking tot het resourcegroepenmodel te vergroten.

TREFWOORDEN

resourcegroep, herstel, verpleegkundig specialist, narratieve benadering, naasten, betrokkenheid, samenwerking

1 STUDIEPUNT

De resourcegroep (RG) is een groep mensen, door de cliënt uitgekozen, die voor de cliënt belangrijk is en die hem helpt persoonlijke, zelfgekozen herstel doelen te bereiken. Deze doelen kunnen te maken hebben met alle dimensies van herstel, zoals

- persoonlijk herstel (herstel van identiteit);
- maatschappelijk herstel (zinnvolle participatie);
- herstel van gezondheid (behandelen en verbeteren van lichamelijke en geestelijke symptomen).¹

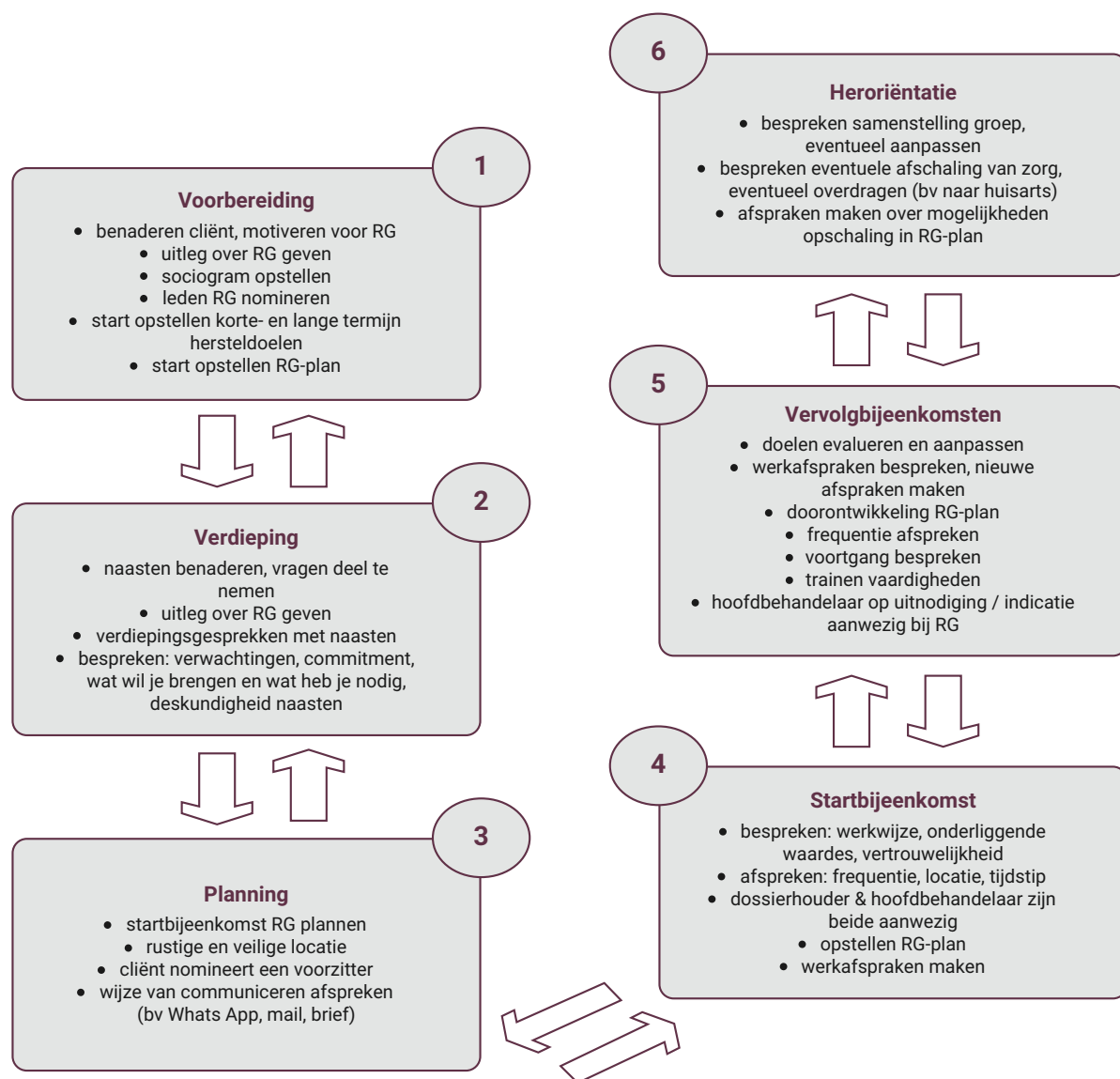
Het belangrijkste kenmerk van de resourcegroepenmethodiek is dat *eigenaarschap en regie bij de cliënt liggen*. Hij is de beoogde regisseur van de groep en wordt uitgedaagd na te denken over wie hij in de groep zou willen. Dit kunnen zijn:

- familieleden of naasten;
- (familie-)ervaringsdeskundigen;
- professionals binnen of buiten de GGZ en het sociaal domein.

Vanuit de GGZ horen de persoon die de coördinatie voert over de behandeling (bijv. de verpleegkundige) en de zorgverantwoordelijke (bijv. de verpleegkundig specialist GGZ) er in elk geval bij.¹

De cliënt werkt aan zijn eigen RG-plan. Daarin beschrijft hij een aantal korttermijnherstel doelen en een langetermijnherstel doel. De groep komt ongeveer iedere drie maanden samen. In de RG-bijeenkomsten wordt besproken aan welke doelen in de komende tijd gewerkt zal worden en wie daarin een rol heeft. Tussen de bijeenkomsten door gaat de cliënt aan het werk met de verschillende groepsleden. De individuele behandeling blijft bestaan naast de bijeenkomst en wordt geïntegreerd in de resourcegroepenmethodiek. Alle betrokken professionals nemen daarom bij voorkeur deel aan de RG-bijeenkomst.¹ Het werken met resourcegroepen kan zo helpen om de samenwerking te structureren tussen

- de cliënt;



Figuur 1 De fasen uit het resourcegroepenmodel.¹

- hun informele netwerk;
- het professionele netwerk.²

De RG-methodiek zoals deze nu in Nederland wordt gebruikt, is een Nederlandse variant op het door Ian Falloon beschreven *optimal-treatment-programma*³ en de in Zweden verder uitgewerkt Resource Group Assertive Community Treatment-methodiek.⁴⁻⁷ In Zweden wordt gezien dat deze methodiek bijdraagt aan een beter welzijn en vermindering van symptomen.⁷ Daarnaast heeft de RG-methodiek een duidelijke oorsprong in familie- of systeemgericht denken en de interventies die hieruit zijn voortgekomen.¹

Landelijk onderzoek naar RG in Nederland in de vorm van een kwalitatieve evaluatie^{8,9} en een *randomized controlled trial*¹⁰ wijst uit dat het werken volgens de RG-methodiek leidt tot: meer empowerment, meer

persoonlijk herstel en regie over het herstelproces, beter functioneren en een betere kwaliteit van leven dan wanneer cliënten alleen behandeling of begeleiding krijgen volgens de FACT-methodiek.

Het *Praktijkboek Resourcegroepen*¹ geeft meer informatie over de resourcegroepenmethodiek wat betreft:

- de achtergronden;
- onderliggende waarden;
- de wetenschappelijke onderbouwing;
- de werkwijze.

Het gewenste eindresultaat van het werken met een resourcegroep is:

- verbetering van de kwaliteit van leven van de cliënt;
- toename van eigen kracht;
- vermindering van symptomen.

Het is belangrijk om niet te onderschatten wat een psychische aandoening doet met familie en naasten. Ook zij worden beïnvloed door de aandoening van hun naaste en hebben behoefte aan herstel. Het RG-model richt zich niet alleen op de cliënt zelf, maar beoogt ook de context van de cliënt te beïnvloeden. Hoe werkt dit in de praktijk? In dit artikel wordt dieper ingegaan op enkele elementen uit elke fase van het RG-model aan de hand van de casus van Klaas.

Casus Klaas

Fase 1 Voorbereiding

Klaas, 32 jaar, is onlangs verhuisd van het huis van zijn ouders naar zijn eigen appartement. Hij is recent zijn behandeling gestart bij een ambulant GGZ-team. Hij is bekend met een psychosegevoeligheid en heeft al een paar keer een psychose doorgemaakt, waarvan de laatste een jaar geleden. Zijn behandelaar, Esmee, heeft met hem afgesproken meer uitleg te geven over het resourcegroepen-model. Esmee ziet er een beetje tegenop. Het is namelijk al even geleden dat ze hierover een training heeft gevolgd en nu moet ze zich er weer opnieuw in verdiepen. Ze vraagt zich af hoe het ook alweer precies zat.

Het is begrijpelijk dat het uitleggen van wat een resourcegroep is, lastig kan zijn voor hulpverleners. Het begint al met de term zelf. In de praktijk kan het woord 'samenwerkingsgroep' gebruikt worden. Dit maakt meteen duidelijk wat er bedoeld wordt. Het kan nuttig zijn een flyer te gebruiken en samen naar een voorbeeldfilmpje te kijken om het concept te verduidelijken. Een algemeen filmpje is bijvoorbeeld beschikbaar op www.ract.nl. De boodschap aan de cliënt is: 'Herstellen doe je samen, dus wie wil je hier graag bij betrekken?' Hiermee start u direct met het in kaart brengen van het netwerk. Of naasten nu wel of niet aanwezig zijn bij de intake of kennismaking, neem de tijd om te informeren naar de thuissituatie en hoe het komt dat naasten wel of juist niet aanwezig zijn bij de kennismaking. Leg vervolgens ook uit waarom u deze vragen stelt. Het doel is namelijk niet alleen individueel herstel, maar ook herstel binnen de context waarin de cliënt leeft.

Casus Klaas (vervolg)

Klaas staat open voor het werken met dit model. Hij heeft bij Esmee aangegeven dat hij graag zijn ouders wil betrekken bij zijn herstelproces, maar dat hij dit ook wel spannend vindt. Hij wil ze niet belasten, dat heeft hij al zo vaak gedaan. En hij wil ook graag af van die overbezorgdheid van zijn moeder, hij wil op eigen benen staan.



Figuur 2 Sociogram Klaas.

Uiteindelijk nomineert Klaas zijn ouders voor zijn resourcegroep. In de casus is tussen de regels door te lezen dat Klaas graag op eigen benen wil staan en zich hierin soms belemmerd voelt door zijn moeder. Dit geeft al enige aanwijzingen voor het verdiepingsgesprek, dat later nog gevoerd gaat worden met moeder. Het invullen van het sociogram is confronterend voor Klaas: hij realiseert zich dat hij eigenlijk maar weinig echte vrienden heeft en dat hij weinig de deur uit gaat. Op dit gebied liggen de herstelwensen van Klaas. Hij zou graag weer willen gaan sporten en nieuwe mensen ontmoeten. Bij het invullen van het sociogram kunt u als alternatief ook gebruikmaken van Lego of Playmobil poppetjes, en kunt u samen nagaan of er nog contacten op WhatsApp, Facebook, of Instagram zijn. Soms helpt het om met pijlen te werken die naar binnen of naar buiten wijzen al naargelang de cliënt deze persoon juist dichterbij zou wensen of juist wat meer afscheid zou willen nemen van deze contacten, bijvoorbeeld in het geval van verslavingsproblematiek.

Casus Klaas (vervolg)

Fase 2 Verdieping

Gesprek met moeder

'Hoezo kan er nu ineens wel een gesprek plaatsvinden? Vorig jaar toen hij werd opgenomen, wilde niemand luisteren. Ik had het al maanden van tevoren zien aankomen. Hij kwam steeds minder uit huis, keek telkens achterom

op straat. Ik wist dat het echt mis was toen hij wegkroop onder de bank, bang dat er iemand uit de televisie zou kruipen. Hoever moet het komen?' Moeder wordt opnieuw emotioneel als zij dit vertelt aan Esmee. 'Wat een moeilijke tijd moet dat voor u en uw man zijn geweest, wat een enorme zorgen', valideert Esmee moeder. Moeder geeft aan dat de zorgen er eigenlijk altijd wel zijn, 24/7. 'Heeft u nog wel eens tijd voor uzelf of voor ontspanning?', vraagt Esmee. 'Ik heb geen moment rust, ik moet boodschappen doen voor Klaas, mijn eigen huishouden, zijn huishouden, oppassen op de kinderen van mijn dochter, soms is het best zwaar', zucht moeder.

Verdiepingsgesprekken zijn een belangrijk element van het RG-model. Door met de naasten in gesprek te gaan vanuit de narratieve benadering (zie kader), wordt er ruimte gemaakt voor hun verhaal, hun ervaringen met de cliënt en wat dit voor hen heeft betekend in het dagelijks leven. Soms is dit voor het eerst dat een hulpverlener vraagt hoe het met hen gaat, zoals bij de moeder van Klaas. In deze gesprekken komen vaak verdriet en boosheid los. Hieraan ruimte geven, echt luisteren, is dan het belangrijkste. Dit voorkomt ook negatieve *expressed emotion* (EE) tijdens de RG-bijeenkomst, waarin juist eigen regie en herstel van de cliënt centraal staan.

NARRATIEVE BENADERING

De narratieve benadering plaatst de geïnterviewde personen centraal en dient als een middel om hun eigen verhalen te verzamelen over hun ervaringen met gezondheid en ziekte. Deze benadering kan verpleegkundigen helpen beter begrip te krijgen van de ervaringen en gedragingen van mensen. Verhalen hebben wellicht meer kans om de context en integriteit van het leven van mensen weer te geven dan de meer kwantitatieve onderzoeksmethoden. Bij het gebruik van de narratieve benadering hebben interviewers geen vaste agenda: ze laten de geïnterviewde de richting, inhoud en het tempo van het interview bepalen.¹³

De term EE verwijst naar de houding van familieleden en andere naasten ten opzichte van een cliënt met een psychische aandoening, en wordt in het Nederlands ook wel vertaald als 'emotionele attitude'. Er zijn drie negatieve factoren die EE bepalen:¹¹

1. kritiek;
2. vijandigheid;
3. emotionele overbetrokkenheid

en twee positieve factoren:

1. positieve opmerkingen;
2. warmte.

Over het algemeen worden de drie negatieve factoren bedoeld als er gesproken wordt over een hoge EE in

VALKUILEN

Bij het werken met het resourcegroepenmodel kunnen enkele valkuilen ontstaan. Hier zijn vijf potentiële valkuilen bij het werken met deze methode:

1. *Onvoldoende betrokkenheid van de cliënt.* Het kan gebeuren dat de cliënt niet actief betrokken is bij de resourcegroep of dat zijn stem onvoldoende gehoord wordt. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat de cliënt daadwerkelijk eigenaarschap heeft over het herstelproces en dat zijn behoeften en voorkeuren worden meegenomen.
2. *Beperkte communicatie en samenwerking.* Als er onvoldoende communicatie en samenwerking is tussen de leden van de resourcegroep, kan dit de effectiviteit van de interventie belemmeren. Het is cruciaal ervoor te zorgen dat er een open en constructieve communicatiecultuur wordt bevorderd en dat de RG-leden goed met elkaar kunnen samenwerken.
3. *Onvoldoende duidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden.* Als de rollen en verantwoordelijkheden in de resourcegroep niet helder zijn gedefinieerd, kan dit leiden tot verwarring en inefficiëntie. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat elk RG-lid een duidelijke rol heeft en begrijpt wat er van hem of haar wordt verwacht.
4. *Gebrek aan flexibiliteit en aanpassingsvermogen.* De resourcegroep vereist flexibiliteit en aanpassingsvermogen, omdat de behoeften en omstandigheden van de cliënt en de RG-leden kunnen veranderen. Als er onvoldoende flexibiliteit is om aanpassingen te doen, kan dit de effectiviteit van de resourcegroep beperken.
5. *Onvoldoende ondersteuning en begeleiding.* Het is essentieel voldoende ondersteuning en begeleiding te bieden aan zowel de cliënt als de RG-leden. Als er onvoldoende ondersteuning is, kan dit leiden tot frustratie, demotivatie en uiteindelijk tot verminderde betrokkenheid bij de resourcegroep.

Door deze valkuilen in gedachten te houden en proactief te handelen om ze te voorkomen, kan het resourcegroepenmodel effectiever en succesvoller worden geïmplementeerd.

een groep.¹ Voorbeelden die bijdragen aan de verhoging van het EE-klimaat binnen een groep zijn onder andere:

- praten met stemverheffing;
- overbetrokken reageren;
- veroordelend reageren;
- eisend zijn;
- verantwoordelijkheden overnemen van de zorgvrager.

Negatieve EE in een gezin kan leiden tot een stressvolle sfeer in huis. In 1988 bleek al dat wanneer cliënten

veelal verkeren in een omgeving met een negatieve EE, zij vaker opgenomen worden.³ Het is logisch dat het in een stressvolle sfeer met hoge lijdensdruk, lastig is om aan herstel te werken. Kort daarna bleek uit literatuuronderzoek¹² dat positieve EE bijdraagt aan het voorkomen van een terugval.

De verdiepingsgesprekken dragen bij aan het voorkomen van negatieve EE en het stimuleren van positieve EE tijdens de RG-bijeenkomsten. Het proces van erkenning van de naasten is van fundamenteel belang om bereidheid op te brengen om in een actieve, constructieve rol als RG-lid te stappen.⁸

Onvoldoende aandacht schenken aan verdiepingsgesprekken, bijvoorbeeld door tijdgebrek, kan voor hulpverleners een valkuil zijn. Dit kan de samenwerking tijdens de RG-bijeenkomsten echter ondermijnen, bijvoorbeeld in het geval van een moeder die veel verantwoordelijkheden van haar kind overneemt. Om deze reden is het essentieel serieus aandacht te besteden aan de ervaringen en gevoelens van naasten, om te voorkomen dat die een te grote rol gaan spelen tijdens RG-bijeenkomsten en dat de hulpverlener de bijeenkomsten als spannend ervaart. We bevelen aan om training aan te bieden om deze drempels weg te nemen. Tijdens de training kunnen verpleegkundigen leren om

- de vragenlijst voor verdiepingsgesprekken te gebruiken (zie bijlage 9 in het *Praktijkboek Resourcegroepen*¹);
- ruimte te geven aan onzekerheid;
- te oefenen met rollenspelen.

Het is ook waardevol een familie-ervaringsdeskundige bij de training te betrekken.

Wanneer het gesprek met de naaste plaatsvindt, kan er een beknopte notitie worden gemaakt in het dossier van de cliënt, waarbij alleen de besproken thema's worden genoemd, bijvoorbeeld de verschillende rollen die de moeder in haar leven heeft. Tijdens het verdiepingsgesprek is het van groot belang om te focussen op het welzijn en de beleving van de naaste, in plaats van uitsluitend het welzijn van de cliënt. Dit kan aan het begin van het verdiepingsgesprek expliciet worden vermeld.

Casus Klaas (vervolg)

Fase 3 Planning

Klaas wil de RG-bijeenkomst in zijn nieuwe appartement houden. Esmee bereidt dit samen met Klaas voor. Hij nodigt zijn ouders uit via WhatsApp om het te hebben over zijn plannen voor de nabije toekomst, zoals hij zelf



noemt. Klaas vindt het best spannend om aan zijn ouders te vragen een stapje terug te doen, zodat hij leert meer zelfstandig te zijn. Samen met Esmee stelt hij een brief op die hij wil voorlezen tijdens de RG-bijeenkomst.

Een goede start legt de basis voor succes. Voor de eerste RG-bijeenkomst is de planningsfase daarom van groot belang:

- Spreek van tevoren met de cliënt af waar hij de startbijeenkomst wil houden.
- Stel samen een agenda op.
- Bepaal wie deze bijeenkomst voorziet.

Veel cliënten vinden het prettig als de verpleegkundige voorziet, vooral een eerste keer. Het is ook handig om alvast na te denken wie er tijdens de startbijeenkomst aantekeningen kan maken en notulen kan bijhouden. In de praktijk blijkt het handig hiervoor iemand anders te vragen dan de cliënt of de verpleegkundige. In het voorbeeld wordt aangegeven dat Klaas zijn ouders via WhatsApp uitnodigt. Het is aan te raden om tijdens de startbijeenkomst het communicatiemiddel te bespreken als agendapunt. Dit voorkomt dat privacygevoelige informatie via whatsapp wordt gedeeld.

Casus Klaas (vervolg)

Fase 4

De startbijeenkomst; doelen bespreken uit het RG-plan

Klaas leest voor dat hij het contact met zijn ouders graag anders wil vormgeven. Hij wil niet meer dagelijks contact, maar tweemaal per week met zijn ouders gaan wandelen. Daarnaast wil hij twee keer per week naar de sportschool met de sportcoach uit de buurt om nieuwe contacten te maken. Hij bedankt zijn ouders voor alle zorg die zij hebben gegeven, maar geeft ook aan dat hij nu meer zelfstandig wil worden. Dit kan soms lastig zijn. Moeder raakt geëmotioneerd en geeft aan dat ze dit begrijpt. Ze heeft hierover ook gesproken met de verpleegkundige en moet nog leren loslaten, wat tijd zal kosten. Er worden afspraken gemaakt over wie welke taken op zich neemt bij het werken aan de doelen uit het RG-plan.

Voor de verpleegkundige is het van belang tijdens de startbijeenkomst het proces te bewaken.

- Komt iedereen aan het woord?
- Is alles besproken wat op de agenda stond?

Bij de voorbereiding van de bijeenkomst is er al samen met de cliënt aandacht geweest voor het opstellen van de korte- en langetermijnhersteldoelen. Deze doelen worden ook besproken tijdens de startbijeenkomst. In het RG-plan wordt beschreven hoe en met wie de cliënt gaat samenwerken aan zijn of haar hersteldoelen. Het is belangrijk haalbare kortetermijndoelen op te stellen

en te bespreken, en deze ook uit te vergroten, zodat bij een volgende bijeenkomst ook de behaalde successen kunnen worden besproken.

Casus Klaas (vervolg)

Fase 5 en fase 6

Vervolgbijspreken en heroriëntatie

Tijdens de volgende RG-bijeenkomst worden de doelen geëvalueerd. Het sporten doet Klaas goed. Naast zijn sportcoach heeft hij nog geen andere contacten gelegd. Hij vindt het nog te spannend om deel te nemen aan groepslessen. Ouders hebben deelgenomen aan een naastengroep. Ze geven aan dat het fijn was om andere ouders te spreken en het belangrijkste wat ze hebben geleerd is als partners ook weer leuke dingen samen te doen. Moeder geeft aan dat ze ook veel nagedacht heeft over de wens van Klaas ten aanzien van meer zelfstandigheid. Ze heeft geprobeerd minder vaak te bellen. Klaas geeft aan dit ook gemerkt te hebben en dat hij dit prettig vond.

In fase 5 en 6 is het belangrijk veel aandacht te besteden aan wat er goed is gegaan in de afgelopen periode en aan behaalde doelen. Als doelen nog niet zijn behaald, probeer dan gezamenlijk te streven naar het behalen van kleinere doelen. In het geval van Klaas is afgesproken samen met de sportcoach eerst kort kennis te maken met de spinning instructeur, zodat de eerste deelname minder spannend is. Naarmate herstel vordert en doelen worden gehaald, is het belangrijk als verpleegkundige de rol binnen de resourcegroep te bespreken. Wanneer het herstelproces succesvol verloopt, kan de zorg geleidelijk worden afgeschaald; denk aan het overdragen van de zorg aan de huisarts (met of zonder POH-GGZ) of aan een hulpverlener van de generalistische basis-GGZ. Soms moet er een nieuw lid aan de groep worden toegevoegd om een bepaalde ondersteuning op de lange termijn te bieden. Denk bijvoorbeeld aan een thuiszorg-

ROL VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

- De verpleegkundig specialist GGZ bewaakt als regiebehandelaar de voortgang van het herstelproces van de cliënt.
- Verpleegkundig specialisten GGZ spelen een essentiële rol bij het bevorderen van gezamenlijk herstel en het bieden van de best mogelijke zorg en ondersteuning aan cliënten met ernstige psychische aandoeningen, doordat zij:
 - expertise en ervaring hebben op het gebied van contextualiseren;
 - oog hebben voor de cliënt binnen zijn of haar eigen leefomgeving;
 - zien hoe hier wederzijdse beïnvloeding plaatsvindt op het functioneren.

TIPS BIJ HET WERKEN MET HET RESOURCEGROEPENMODEL

1. *Creëer een veilige omgeving.* Zorg voor een veilige en ondersteunende omgeving tijdens RG-bijeenkomsten, waarin open communicatie en vertrouwen gestimuleerd worden.
2. *Heldere communicatie.* Zorg voor duidelijke en effectieve communicatie tussen RG-leden, waarbij ieders inbreng en perspectief gewaardeerd worden.
3. *Identificeer ieders rollen.* Bespreek en identificeer de specifieke rollen en bijdragen van elk RG-lid in het behandelproces, zodat iedereen een duidelijke taak heeft.
4. *Bevorder samenwerking.* Stimuleer samenwerking tussen RG-leden en moedig hen aan om gezamenlijk aan behandeldoelen te werken.
5. *Ondersteunende houding.* Toon begrip, empathie en ondersteuning richting zowel de cliënt als de RG-leden, om een positieve en ondersteunende sfeer te creëren.
6. *Flexibiliteit en aanpassingsvermogen.* Wees flexibel en pas de resourcegroep aan de specifieke behoeften en omstandigheden van de cliënt en de RG-leden aan.
7. *Evalueer en monitor.* Evalueer regelmatig de voortgang en effectiviteit van de resourcegroep en doe waar nodig aanpassingen om optimale resultaten te behalen.
8. *Onderhoud nazorg.* Blijf ook na het behalen van behandeldoelen in contact met de resourcegroep en bied waar nodig nazorg en ondersteuning om het behaalde herstel te behouden.

Het volgen van deze tips en tricks kan helpen om de resourcegroep succesvol toe te passen en de gewenste resultaten te behalen in het herstelproces van de cliënt.

medewerker, maatschappelijk werker, woonbegeleider of de huisarts. Het bestaan van de resourcegroep borgt de continuïteit van de zorg, ook nadat de verpleegkundige van (bijvoorbeeld) de gespecialiseerde GGZ niet langer lid is van de groep.¹

TOT SLOT

Samengevat biedt het RG-model een kader voor het bevorderen van gezamenlijk herstel. De focus ligt hierbij op:

- herstel van de cliënt;
- vergroten van de draagkracht;
- verminderen van de draaglast van naasten.

Kortom, het RG-model ondersteunt en structureert de noodzakelijke systemische aanpak die vereist is in complexe zorgsituaties in de specialistische gezondheidszorg. ■

LITERATUUR

1. Leeman E, Tjaden C, Bovenberg F, et al. Praktijkboek resourcegroepen. 2nd ed. Meppel: Boom uitgevers; 2021.
2. GGZ Standaarden. Generieke module: Herstelondersteuning (<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/herstel-ondersteuning/introductie>).
3. Falloon I (ed). Handbook of Behavioural Family Therapy. New York: Routledge; 1988 (<https://www.taylorfrancis.com/books/9781317411734>).
4. Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2012;8(1):144-51.
5. Jonsson J, Malm U. The social network resource group in Sweden: a major ingredient for recovery in severe mental illness. In: Lefley H, Johnson D (Eds). Family interventions in mental illness. Westport Conn: Praeger Publications; 2002.
6. Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, et al. Integrated care in schizophrenia: A 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. Acta Psychiatr Scand. 2003;107(6):415-23.
7. Malm U, Lundin L, Rydell P, et al. Resource group ACT (RACT) – A review of an integrative approach to psychoeducation of individual families involving the patient. Int J Ment Health 2015;44(4):269-76.
8. Tjaden CD, Boumans J, Mulder CL, et al. Embracing the Social Nature of Recovery: A Qualitative Study on the Resource Group Method for People With Severe Mental Illness. Front Psychiatry 2021;12(February):1-13.
9. Tjaden CD, Boumans J, Mulder CL, et al. Interpersonal Relations Within the Context of Resource Groups for People With Severe Mental Illness: A Narrative Approach. Front Psychiatry 2021;12(February):632437.
10. Boevink W, Kroon H, Delespaul P, et al. Empowerment according to Persons with Severe Mental Illness: Development of the Netherlands Empowerment List and Its Psychometric Properties. Open J Psychiatry 2017;07(01):18-30.
11. Brown G. The discovery of expressed emotion: Induction or deduction? Expressed emotion in families. New York: Guilford Press; 1985.
12. Vaughn CE. Expressed Emotion in Family Relationships. J Child Psychol Psychiatry 1989 Jan;30(1):13-22. (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00767.x>).
13. Anderson C, Kirkpatrick S. Narrative interviewing. Int J Clin Pharm. 2015 Nov 27;38(3):631-4 (<http://link.springer.com/10.1007/s11096-015-0222-0>).
14. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet Psychiatry 2021;8(11):969-80.
15. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, et al. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2006;12.