

Psychische problemen in de familie

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstellingen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Trimbos-instituut
E-mail: ebransen@trimbos.nl
Telefoon: 030-2959240

Website (van de interventie):

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Els Bransen
E-mail : ebransen@trimbos.nl
Telefoon : 030-2959240

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Els Bransen
Titel interventie: Psychische problemen in de familie
Databank(en): CGL, Effectieve Sociale Interventies
Plaats, instituut: Utrecht, Trimbos-instituut
Datum: 18 januari 2016

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.

Inhoud

Colofon	2
Inhoud.....	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	<i>4</i>
Doelgroep	4
Doel.....	4
Aanpak.....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	4
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak.....	7
2. Uitvoering.....	10
3. Onderbouwing	12
4. Onderzoek.....	16
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	16
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	17
5. Samenvatting Werkzame elementen	19
6. Aangehaalde literatuur	20
7. Praktijkvoorbeeld.....	23

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Psychische problemen in de familie (PIF) ondersteunt naasten van mensen met psychische problemen en bevordert hun psychische gezondheid door vermindering van overbelasting en depressieve gevoelens. Het betreft een groepscursus van tien bijeenkomsten van ongeveer twee uur en een terugkombijeenkomst na afloop van de cursus. Door middel van kennisvergroting (o.a. psycho-educatie), vaardigheidstraining (assertiviteit, cognitieve gedragstherapie, problemsolving therapie), empowerment en lotgenotencontact vergroot PIF de ervaren grip op de situatie bij naasten van mensen met psychische problemen. Na afloop van de cursus ervaren deelnemers een afname van gevoelens van overbelasting en depressieve klachten (Bransen e.a., 2013). Meerdere buitenlandse gerandomiseerde studies naar vergelijkbare interventies (psycho-educatie en lotgenotencontact) bevestigen dit effect van de cursus (<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-ondersteuning-familiesysteem-en-mantelzorg/>).

Doelgroep – max 50 woorden

De cursus richt zich op volwassen naasten van mensen met psychische problemen die behoefte hebben aan ondersteuning bij het omgaan met hun naaste met psychische problemen. Er zijn versies van de cursus voor naasten van mensen met schizofrenie, borderline en depressie. Daarnaast is er een algemene versie van de cursus.

Doel – max 50 woorden

PIF heeft als doel: voorkomen van depressieve klachten bij volwassen naasten van mensen met psychische problemen door vermindering van hun ervaren overbelasting en het vergroten van hun ervaren grip op de situatie.

Aanpak – max 50 woorden

Deelnemers werken met begeleiding van een cursusleider in een groep aan het vergroten van hun ervaren grip op de situatie. In tien bijeenkomsten van ongeveer twee uur komen kennisvergroting (o.a. psycho-educatie), vaardigheidstraining (assertiviteit, cognitieve gedragstherapie, problemsolving therapie), empowerment en lotgenotencontact aan de orde. Een terugkombijeenkomst twee à drie maanden na afloop.

Materiaal – max 50 woorden

Er is een handleiding voor de cursusleider en een werkboek voor cursisten. De handleidingen zijn beschikbaar in vier versies. Deze zijn bekend als:

1. Psychiatrie in de familie (voor naasten van mensen met diverse psychische problemen)
2. Omgaan met borderline
3. Omgaan met mensen met een depressie
4. Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie

Onderbouwing – max 150 woorden

Psychische problemen komen veel voor in Nederland. Betrokkenheid bij een naaste (partner, kind, ouder, broer, vriend) met psychische problemen heeft vaak een grote impact op het leven en de psychische gezondheid van deze naasten zelf. Uit onderzoek bij mantelzorgers blijkt dat degenen die zorgen voor iemand met psychische problemen significant meer overbelasting ervaren dan andere mantelzorgers. Groepsgewijze interventie gericht op het vergroten van de ervaren grip op de situatie met behulp van psycho-educatie, vaardigheidstraining, empowerment en lotgenotencontact vermindert depressieve klachten en gevoelens van overbelasting vanwege de zorg voor een familielid met psychische problemen. Het stress-theoretisch model van Lazarus & Folkman (1984) vormt de basis van de interventie. Onderzoek met eenzelfde theoretische basis liet positieve resultaten zien van interventies voor werkstress en het verminderen van overbelasting bij andere groepen mantelzorgers. Meerdere buitenlandse gerandomiseerde studies naar vergelijkbare interventies (psycho-educatie en lotgenotencontact) bevestigen dit effect van de cursus (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

Onderzoek – max 100 woorden

Uit pilot-onderzoek (N=178; schizofrenie-versie) bleek dat de cursus aantrekkelijk is voor de doelgroep. Gemiddeld rapportcijfer was een 8. Bovendien ervoeren de deelnemers na afloop van de cursus significant minder belasting en meer welbevinden (Bransen & van Mierlo, 2007). Een andere pilot-studie (N=94, algemene versie) liet eveneens een significante afname in ervaren belasting en depressieve klachten zien. Rapportcijfer voor de cursus was gemiddeld een 7,5 (Bransen e.a. 2013). Vergelijkbare interventies zijn in meerdere RCT's in het buitenland onderzocht en effectief gebleken voor het verminderen van ervaren belasting en toename van psychische gezondheid (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016)).

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

De cursus is bedoeld voor volwassen naasten van mensen met psychische problemen. Onder naasten verstaan we familieleden zoals partners, ouders, (schoon)dochters, (schoon)zonen, zussen of broers maar ook eventuele anderen die nauw bij de zorg betrokken zijn zoals vrienden, burens of collega's. Voor kinderen zijn er andere interventies beschikbaar, zoals KOPP interventies (voor kinderen van ouders met psychische problemen) of brussen groepen (voor broers en zussen van). De psychische problemen waarvan hier sprake is betreffen schizofrenie en verwante psychosen, borderline, depressie, bipolaire stoornis, angststoornissen, Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) en ADHD (Bransen e.a., 2013). Uit twee pilotstudies naar de cursus blijkt dat er geen samenhang bestaat tussen het type (familie)band van de naaste met de persoon met psychische problemen en de uitkomsten op de meting na afloop van de cursus (Bransen en van Mierlo, 2007; Bransen e.a., 2013). Omdat uit deze pilotstudies bovendien blijkt dat de ervaren belasting (EDIZ) significant is afgenomen na afloop van de cursus onafhankelijk van zowel de duur van de stoornis als het aantal uren contact per week met de persoon met een psychische stoornis, worden ook op voorhand geen deelnemers uitgesloten op grond van deze criteria. Voor een passende groepssamenstelling kan dit overigens wel een criterium zijn net zoals het type relatie dat men met de persoon heeft.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

De cursus is zowel voor naasten van mensen die GGZ hulp of begeleiding ontvangen als voor naasten van mensen die geen contact (meer) hebben met de hulpverlening. Werving vindt plaats via de hulpverlener van de naaste met psychische problemen en via de plaatselijke pers (krant of huis-aan-huisblad). Na de aanmelding volgt een kennismakingsgesprek met de deelnemers. Het doel van dit gesprek is te beoordelen of de cursus aansluit bij de vragen van de potentiële deelnemer en of hij of zij baat zal hebben bij de cursus. Dit gesprek wordt gevoerd door de cursusleider(s). Na bespreking van eventuele twijfels wordt een besluit genomen over deelname. Indien nodig wordt advies gegeven over een ander (hulp)aanbod. In de cursus wordt gewerkt met een gesloten groep van deelnemers die het programma van begin tot einde volgen. Aan de cursus doen minimaal zeven deelnemers mee. Het is aan te bevelen de groepsomvang te beperken tot maximaal 12 deelnemers. Daarbij heeft het de voorkeur dat de deelnemers in totaal bij maximaal zeven cliënten betrokken zijn. In het algemeen is de samenstelling van de groep heterogeen. De cursusleider(s) zorgen ervoor dat de samenstelling van de cursusgroep zodanig is dat alle deelnemers aansluiting bij elkaar kunnen vinden. Contra-indicaties zijn: aanzienlijke psychische problemen bij de kandidaat-deelnemer zelf,

aanzienlijke taalproblemen en aanwijzingen dat de persoon moeite zal hebben in een groep te functioneren. In deze gevallen is een aangepast individueel programma geëigend.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

De eerste versie van de cursus, Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie, is ontwikkeld in nauwe samenwerking met Ypsilon, de vereniging van familieleden van mensen met schizofrenie. Naasten van mensen met borderline waren betrokken bij de ontwikkeling van deze variant van de cursus. Ook bij de ontwikkeling van de algemene cursus Psychische problemen in de familie, was een ervaringsdeskundig familielid betrokken.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Psychische problemen in de familie heeft als hoofddoel voorkomen van depressieve klachten bij volwassen naasten van mensen met psychische problemen door vermindering van hun ervaren overbelasting en het vergroten van hun ervaren grip op de situatie. Depressieve klachten worden gemeten aan de hand van de CESD vragenlijst (CESD; Bouma, Ranchor, Sanderman & Van Sonderen, 1995). Ervaren belasting wordt gemeten met de Betrokkenen evaluatie Schaal (BES; Schene & Van Wijngaarden, 1993), een vragenlijst die de gevolgen van psychiatrische stoornissen op de naasten en mantelzorgers meet en met de EDIZ (Ervaren druk door Informele Zorg; Pot et al. 1995, 1998). De ervaren grip op de situatie wordt gemeten met behulp van de Mastery vragenlijst (Pearlin Mastery Scale, Pearlin and Schooler 1978).

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Daarnaast streeft *Psychische problemen in de familie* de volgende subdoelen na:

- Door middel van psycho-educatie hebben de deelnemers hun kennis van psychisch functioneren vergroot. Ze hebben meer inzicht in psychisch functioneren en de stoornis van de naaste alsmede de mogelijkheden van de hulpverlening.
- De deelnemers hebben hun communicatieve vaardigheden verbeterd. Hierdoor kunnen ze de interactie tussen henzelf en hun naaste op een positieve manier beïnvloeden.
- De deelnemers onderkennen hun eigen gevoelens t.a.v. (de consequenties van) de stoornis van de naaste en het belang van hun eigen behoeften (empowerment)
- Deelnemers weten op een adequate manier grenzen te stellen aan hun betrokkenheid bij de naaste.
- De deelnemers onderkennen het belang van sociale steun en zijn beter in staat sociale steun te organiseren. Zij weten hulp te vragen wanneer dit nodig is. De sociale contacten met andere deelnemers zorgen voor een gevoel van herkenning.
- De deelnemers hebben hun probleemoplossende vaardigheden aangescherpt en een meer een taakgerichte copingstijl leren gebruiken. Dit wordt gemeten met de Coping Inventory for Stressful Situations, de CISS (de Ridder & van Heck, 2004).

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

PIF is een psycho-educatieve groepsinterventie die bestaat uit kennisoverdracht, lotgenotencontact, empowerment en training. Er zijn versies van de cursus voor naasten van mensen met respectievelijk schizofrenie (Van Mierlo e.a., 2004), borderline (Siegert e.a., 2006) en depressie (Bransen e.a. 2006). Daarnaast is er een algemene versie van de cursus (Siegert e.a., 2008). De cursus bestaat uit tien bijeenkomsten van twee uur en een terugkombijeenkomst (ongeveer twee maanden na afloop van de cursus). Er wordt gewerkt met een vaste, gestructureerde opzet, omschreven in de handleiding voor cursusleiders. Per programmaonderdeel kunnen cursusleiders kiezen uit één of meer werkvormen of opdrachten. Naast informatie en oefeningen is er regelmatig tijd gereserveerd voor het uitwisselen van ervaringen en het stellen van nog niet beantwoorde vragen.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Werving van deelnemers vindt plaats via de hulpverlener van de naaste met psychische problemen en via de plaatselijke pers (krant of huis-aan-huisblad). Na de aanmelding volgt een kennismakingsgesprek met de deelnemers. Het doel van dit gesprek is te beoordelen of de cursus aansluit bij de vragen van de potentiële deelnemer en of hij of zij baat zal hebben bij de cursus. De tien bijeenkomsten van de cursus en de terugkombijeenkomst kennen een vaste inhoud. Iedere bijeenkomst duurt twee uur, inclusief een korte pauze. Educatieve middelen die tijdens de cursus gebruikt worden zijn o.a. brochures, literatuur en websites. In de groepsbijeenkomsten worden gevarieerde werkvormen gebruikt zoals literatuurbesprekingen, inleidingen door de cursusleider, kijkopdrachten, groepsgesprekken, uitwisseling in tweetallen, rollenspel, schrijfopdrachten en het maken van actieplannen.

Werkwijze

Elke bijeenkomst na de eerste keer is als volgt opgebouwd:

Na de binnenkomst met koffie en thee worden de deelnemers uitgenodigd iets te noemen waarover zij de afgelopen week tevreden waren in het contact met degene met psychische problemen. Daarna volgt een introductie van het programma en een terugblik op de vorige bijeenkomst. Er is ruimte voor vragen en er wordt aandacht besteed aan het huiswerk dat de vorige bijeenkomst is opgegeven. Elke bijeenkomst wordt afgesloten met een vooruitblik op de volgende bijeenkomst, het nieuwe huiswerk wordt toegelicht en er is een afsluitingsronde.

Het programma van de betreffende bijeenkomst staat op flap of sheet. De cursusleider herhaalt kort wat in de vorige bijeenkomst is behandeld en brengt anekdotes en uitspraken van die bijeenkomst in herinnering. Daarna wordt het thema van de bijeenkomst behandeld, gevolgd door een groepsgesprek of opdracht. De cursisten krijgen de gelegenheid om iets in te brengen wanneer zij dat willen. De cursusleiders bewaken een evenwichtige inbreng door de deelnemers. Ongeveer halverwege de bijeenkomst is een pauze van een kwartier. Aan het einde van de bijeenkomst krijgen de deelnemers de gelegenheid stoom af te blazen, om te zeggen hoe ze de bijeenkomst hebben ervaren.

Inhoud van de bijeenkomsten

Eerste bijeenkomst: kennismaking

De cursus begint met een eerste bijeenkomst waarin de deelnemers kennismaken met elkaar en met de cursus. Er wordt aandacht besteed aan het programma van de cursus als geheel, de werkwijze en huisregels, leerdoelen en huiswerk. Ook wordt het cursistenwerkboek uitgereikt.

Bijeenkomsten 2-4: psycho-educatie

Na de eerste bijeenkomst worden twee à drie bijeenkomsten gewijd aan het verbeteren van kennis over de (oorzaken van de) psychische stoornis, behandeling en medicatie. De kennisoverdracht vindt op interactieve wijze plaats. Er wordt aandacht besteed aan het leren herkennen van symptomen en hoe je daar als familielid mee om kunt gaan. De inzet is het gevoel van competentie van mantelzorgers te vergroten. Deelnemers krijgen vertrouwen in hun eigen aanpak en geven zichzelf of hun naaste niet (langer) de schuld van de ziekte. De deelnemers krijgen inzicht in hun eigen kwetsbaarheden en die van hun naaste, leren verwoorden welk gedrag van hun naaste zij moeilijk vinden en krijgen inzicht in de manier waarop hun eigen gedrag de naaste beïnvloed.

Bijeenkomsten 4-6: communicatie en empowerment

De volgende twee à drie bijeenkomsten zijn gericht op het verbeteren van de communicatieve vaardigheden en het krijgen van meer inzicht in de eigen behoeften. Deelnemers leren hoe communicatie in elkaar zit en hoe je door anders te communiceren beter kunt aansluiten bij de ander. Zij krijgen bijvoorbeeld informatie over het verschil tussen inhouds- en betrekkningsniveau van communicatie en doen rollenspelen om te oefenen met effectieve vormen van communicatie. Ook leren zij met behulp van principes uit de Rationeel Emotieve Therapie (RET) om te gaan met emoties die in de omgang met iemand met psychische problemen vaak opgeroepen worden zoals schuldgevoel, angst en medelijden. Lotgenotencontact en het uitwisselen van ervaringen zijn belangrijke instrumenten om meer inzicht te krijgen in de eigen behoeften en het belang van grenzen kunnen stellen om zelf op de been te blijven. In een groepsgesprek en met thuisopdrachten werken de deelnemers aan het vinden van een goede balans tussen draaglast en draagkracht.

Bijeenkomsten 7-8: probleemoplossing

De volgende bijeenkomst (bij de 'schizofrenie-versie' zijn dit twee bijeenkomsten) werken de deelnemers aan de verbetering van hun probleemoplossende vaardigheden. Dit draagt bij aan een taakgerichte copingstijl. Aan de hand van de stappenmethode voor probleemoplossing uit de Problem Solving Therapy (omschrijven - oplossingen bedenken - alternatieven overwegen - de 'beste' oplossing kiezen - actieplan maken - toepassen - beoordelen) leren de deelnemers om meer controle te hebben in lastige situaties in het alledaagse contact met degene met psychische problemen. Hiermee versterken zij hun gevoel invloed te kunnen uitoefenen op hun eigen situatie en dat vermindert het gevoel van stress en machteloosheid.

Bijeenkomsten 9-10: steun organiseren en evaluatie

De laatste twee bijeenkomsten richten zich op de verbetering van de sociale steun en het omgaan met de hulpverlening. Ook het maken van een noodplan in geval van terugval kan hiervan deel uitmaken, al dan niet in de vorm van een aparte bijeenkomst. De deelnemers onderzoeken hun sociale netwerk en de wijzen waarop zij dit kunnen versterken. Zij leren ook (van elkaar) hoe zij bij de buitenwereld begrip kunnen kweken voor de ziekte. Zij krijgen inzicht in de hulpverlening, leren meer over het informatierecht, leren de weg kennen bij instanties en over ondersteuningsmogelijkheden van bijvoorbeeld het steunpunt mantelzorg. Daarnaast vormt het leren hoe te onderhandelen/samenwerken met de hulpverlening en een eventueel noodplan op te stellen een belangrijk onderdeel van deze bijeenkomst. In de laatste bijeenkomst wordt tenslotte ruimte ingeruimd voor evaluatie en het opstellen van een actieplan voor de toekomst.

Bijeenkomst 11: terugkombijeenkomst

Tijdens de terugkombijeenkomst die twee à drie maanden later plaats vindt, worden de actieplannen van de deelnemers geëvalueerd.

De thema's van de cursus krijgen een specifieke invulling in de verschillende versies van de cursus. Zo gaat het in de borderline-versie van de cursus meer nadrukkelijk over verbetering van communicatieve vaardigheden in geval van crises en is er een aparte bijeenkomst over de invloed van de stoornis op de kinderen en overige gezinsleden. Dit laatste komt in de schizofrenie-versie van de cursus minder aan de orde omdat huwelijk en gezinsleven veel minder voorkomen bij mensen met schizofrenie. De depressie-versie van de cursus besteedt extra aandacht aan empowerment van mantelzorgers: verantwoordelijkheid nemen voor het invullen van het eigen leven en het stellen van grenzen. Deze mantelzorgers worden namelijk gemakkelijk meegezogen in de depressieve gedachtegang van hun naaste.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

Het Trimbos-instituut heeft Handleidingen voor cursusleiders uitgebracht voor respectievelijk de algemene cursus (artikelnummer AF0853), de cursus voor mantelzorgers van mensen met schizofrenie (artikelnummer AF0514), borderline (artikelnummer AF 0671) en depressie (artikelnummer AF 0672). Deze uitgaven zijn op aanvraag verkrijgbaar in combinatie met een training. Ook bevat de Handleiding vragenlijsten voor de intake en voor het meten van de uitkomsten van de cursus en de tevredenheid van de deelnemers. Onderdeel van de Handleiding is ook het deelnemerswerkboek. De uitvoerende organisatie ontvangen dit op verzoek digitaal zodat zij het kunnen voorzien van hun eigen logo en eventueel extra teksten kunnen toevoegen, bijvoorbeeld over het verdere aanbod in de regio of de werkwijze van de eigen organisatie. De cursisten ontvangen het werkboek voorafgaand aan de eerste cursusbijeenkomst.

Voor de cursisten is er verder een breed scala aan ondersteunende materialen. Enkele hiervan worden tijdens de cursus uitgereikt. Verder is daarvan een overzicht opgenomen in het deelnemerswerkboek. Dit betreft een lijst met verwijzingen naar boeken, brochures, organisaties en websites. O.a. egodocumenten en literatuur/informatie over mantelzorg en specifieke stoornissen zijn hier te vinden, naast een adressenlijst en websites van familie- en mantelzorgorganisaties. Ook andere relevante organisaties en websites zijn hier aan toegevoegd.

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

De cursus dient op een goed bereikbare, laagdrempelige locatie plaats te vinden. PIF werd voorheen als selectieve of geïndiceerde preventie voornamelijk aangeboden door instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Dit aanbod neemt af omdat geïndiceerde preventie een taak van de huisartsenzorg is geworden. Daarnaast doen gemeenten een beperkt beroep op organisaties voor GGZ voor de uitvoering van selectieve preventie, wat als onderdeel van collectieve preventie een taak is van de gemeenten. Waar PIF wel door gemeenten bij een GGZ-organisatie wordt ingekocht, wordt de cursus meestal niet op een GGZ-locatie aangeboden. PIF wordt op dit moment nog weinig aangeboden in de huisartsenzorg maar POH's-GGZ hebben hiervoor wel interesse.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

De cursus wordt uitgevoerd door een of twee cursusleiders. Hij of zij is begeleider van het leerproces van het familielid en stimuleert mensen daar zelf verantwoordelijkheid in te nemen. De rol van cursusleider vereist daarmee andere vaardigheden dan bijvoorbeeld de rol als hulpverlener. Cursusleiders zijn tevens verantwoordelijk voor het creëren van veiligheid en vertrouwen in de deelnemersgroep en geven duidelijk richting aan de bijeenkomsten. Zij zorgen ervoor dat de inbreng van alle deelnemers recht wordt gedaan (Jonge e.a., 2010). Cursusleiders hebben minimaal een HBO-opleiding verpleegkunde of maatschappelijke zorg/SPH en ervaring in/met de GGZ. Zij hebben een training gevolgd in het werken met het draaiboek. Ook een daartoe opgeleid familielid of andere naaste kan als cursusleider fungeren. Een dergelijke ervaringsdeskundige cursusleider maakt het reflecteren op de eigen rol als naastbetrokkene vaak meer acceptabel voor de cursusdeelnemers. Dit bevordert empowerment en het zich eigen maken van vaardigheden door de cursusdeelnemers. Een ervaringsdeskundige cursusleider heeft bij voorkeur ervaring als groepsleider en/of belangenbehartiger en heeft een training gevolgd voor het ontwikkelen van ervaringsdeskundigheid bijvoorbeeld een Prospecttraining. De pilotstudie van Bransen en van Mierlo (2007) laat zien dat het merendeel van de GGZ-cursusleiders de taakuitvoering van de aldus opgeleide ervaringsdeskundige cursusleiders als goed tot uitstekend beoordeelde.

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

Er is geen kwaliteitsbewaking anders dan de inspanningen die zorgaanbieders, beroepsverenigingen en financiers van de zorg op dit gebied plegen.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Voor een goede uitvoering van de cursus is het nodig dat de cursusleiders een training hebben gevolgd. Deze training wordt op aanvraag aangeboden door het Trimbos-instituut. Cursusleiders moeten in de gelegenheid worden gesteld om de training te kunnen volgen. Ook is ruimte voor intervisie gewenst. Daarnaast dienen aanbieders van de interventie hun sociale kaart en doorverwijsnetwerk op orde te hebben en deelnemers aan de cursus indien nodig gericht en tijdig door te kunnen verwijzen naar aanvullende of vervolghulp.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

De cursus is al op grote schaal geïmplementeerd binnen de GGZ-instellingen, die helaas de cursus steeds minder aanbieden. De module POH-GGZ maakt aanbod van PIF in de huisartspraktijk in principe mogelijk. Bovendien onderschrijft het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) het belang van ondersteuning van naasten van patiënten met psychische problemen door de huisarts. Onderzoek is nodig naar de geschiktheid van deze setting voor het aanbieden en/of uitvoeren van de cursus. Gemeenten hebben op grond van de Wmo de taak om mantelzorgers te ondersteunen. Een aantal GGZ-instellingen biedt de cursussen met gemeentefinanciering aan, waaronder de gemeente Amsterdam. Het landelijke Expertisecentrum Mantelzorg biedt gemeenten veel informatie over aanbod voor het ondersteunen van mantelzorgers, waaronder PIF. Autorisatie van de Generieke module Ondersteuning familiesysteem en mantelzorg, onderdeel van GGZ Zorgstandaarden (zie: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>) door de beroepsverenigingen in GGZ en huisartsenzorg zal de implementatie van PIF bevorderen. Daarnaast onderhoudt het Trimbos-instituut nauw contact met de Landelijke Vereniging POH-GGZ en het NHG over o.a. het thema naasten en is het instituut betrokken bij de plannen voor implementatie van het boek "GGZ in de huisartsenpraktijk" van het NHG. Het hoofdstuk Naastbetrokkenen in dit boek is gebaseerd op de eerder genoemde 'generieke module' en werd geschreven door het Trimbos. Ook gaan we een workshop verzorgen over o.a. PIF op het huisartsen GGZ congres op 2 februari 2017. En we doen mee met een project van het Landelijk Platform GGZ met als titel 'Aandacht voor thuis' waarin aandacht zal zijn voor implementatie van (o.a.) PIF binnen de huisartsenzorg met behulp van scholingen in proefregio's.

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

Naast de kosten voor de locatie, de consumpties en de wervingsmaterialen gaan met de eerste maal uitvoering van de cursus in 2016 de volgende kosten gemoeid:

Twee maal deelname training voor cursusleiders (kosten training pp €395)	€	790,00
Vier werkdagen van deze cursusleiders (tijdsinvestering training)	€	2480,00
Coördinatie wervingsfase 24 uur	€	1860,00
Voeren kennismakingsgesprekken 1 cursusleider 14 uur	€	1085,00
Uitvoering bijeenkomsten 2 cursusleiders 11 x 3 uur	€	5115,00
Totaal kosten uitvoering eerste cursus	€	11.330,00

Hierbij wordt van een uurprijs voor de cursusleider van 77,50 euro uitgegaan. De tijd die wordt besteed aan evaluatie van de cursus is in de urenberekening meegenomen. Deelnemerswerkboeken en brochures voor de deelnemers worden in de regel gefinancierd uit een deelnamevergoeding door de deelnemers.

De kosten voor iedere vervolgvloering van de cursus bedragen, bij dezelfde cursusleiders, uiteraard bovenstaand bedrag minus de trainingskosten van 790 euro en de werktijd tijdens de training á 2480 euro. Hiermee zijn de kosten voor iedere uitvoering van de cursus, wanneer de cursusleiders reeds geschoold zijn, 7960 euro, exclusief locatie, consumpties, wervingsmaterialen, deelnemerswerkboeken en brochures.

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Psychische problemen en stoornissen komen veel voor in Nederland. Naar schatting van de Consensusgroep EPA (Ernstige Psychische Aandoeningen) hebben 281.000 mensen in de Nederlandse bevolking een dergelijke ernstige psychische aandoening (Delespaul, 2013). Het gaat om aandoeningen waarbij intensieve zorg nodig is. Het kan gaan om niet-affectieve psychosen, met name schizofrenie, (poly)druggebruik, persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Op grond van gegevens uit bevolkingsonderzoek kampen jaarlijks naar schatting bijna 800.000 mensen (jongeren, volwassenen en ouderen) met een depressie. Een op de vijf volwassen Nederlanders had ooit in het leven een depressie en/of een angststoornis, en 9% een aandachtstekort- of gedragsstoornis (www.nemesis-2.nl).

Psychische problemen en stoornissen raken niet alleen de patiënt maar ook zijn naasten. Het kan gaan om de partner, ouders, (volwassen) kinderen en overige familie maar ook om vrienden, burens of andere kennissen. Naasten zijn een heel diverse groep. Zij kunnen op verschillende manieren en meer of minder intensief betrokken zijn bij het dagelijks leven van degene met psychische problemen en het reilen en zeilen daarbinnen. Vaak heeft (de zorg om) degene met psychische problemen een grote impact op het eigen leven van de naasten en kunnen gevoelens van emotionele overbelasting ontstaan. Zeker nu de nadruk in de zorg voor patiënten met psychische problemen op korter behandelen, minder opnames en langer thuis wonen ligt, is aandacht nodig voor de gevolgen hiervan voor naasten en zorg voor hun (emotionele) veerkracht.

Naasten die mantelzorg verlenen aan iemand met psychische problemen ervaren in vergelijking met mantelzorgers van mensen met een fysieke zorgbehoefte significant meer ernstige overbelasting (De Klerk e.a., 2015; Wittenberg e.a., 2012). In 2014 gaven ruim 4 miljoen mensen mantelzorg (33% van de volwassen Nederlanders) (De Klerk e.a., 2015). Ruim een kwart van hen zorgt voor iemand met een psychische stoornis of dementie. Het gaat dan om mantelzorgers van mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis (Bailey et al., 2013), een bipolaire stoornis (Van der Voort e.a., 2007) en met psychosen of schizofrenie (Magliano, 2008). Partners van mensen met een depressie ervaren vaak spanningen in de relatie, maken zich zorgen over de gevolgen voor de kinderen en ontvangen relatief weinig sociale steun (Van Wijngaarden e.a., 2004; Siersma e.a., 2005). Volgens bevolkingsonderzoek Nemesis-2 heeft ruim 1 op de 10 mantelzorgers van mensen met psychische problemen een depressie of angststoornis (Tuijthof et al., 2015).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

De sociale en maatschappelijke („objectieve”) consequenties van een psychische stoornis, specifieke symptomen en het gedrag van de cliënt vormen voor mantelzorgers een bron van stress. Het gaat daarbij om zaken als verstoring van huishoudelijke routines, financiën, werk en vrije tijd van het familielid, spanning in de relatie tussen familielid en cliënt en afname van sociale steun en sociale uitsluiting (Struening et al., 2001; Magliano 2008). Schene en van Wijngaarden (1993) stelden vast dat ongeveer 62% van de mantelzorgers van mensen met schizofrenie of psychosen vaak negatieve gevolgen ondervindt voor de eigen bezigheden. In onderzoek van Kwekkeboom (2000) gaf 57% van de respondenten aan dat het eigen leven verstoord wordt. Maar naast deze 'objectieve' consequenties kunnen ook de eigen psychologische reacties van mantelzorgers tot overbelasting leiden. Het gaat dan om schuldgevoel, onzekerheid, boosheid en gevoelens van verlies. Met name een negatief kritische houding en/of emotionele overbetrokkenheid (Expressed Emotion) van de mantelzorgers, neuroticisme en gegeneraliseerde negatieve stress reactie vergroten de subjectieve belasting (Möller-Leimkuhler, 2005; 2006). Ook emotiegerichte copingstrategieën en een gering gevoel van grip op de situatie zijn geassocieerd met een hoge ervaren belasting (Siersma et al., 2005). Barrowclough (2005) vond dat de ervaren belasting hoger is bij familieleden die zichzelf de schuld geven, de gevolgen van de ziekte voor de cliënt negatiever inschatten en minder vertrouwen hebben in de eigen mogelijkheden om met de problemen van de cliënt om te gaan.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

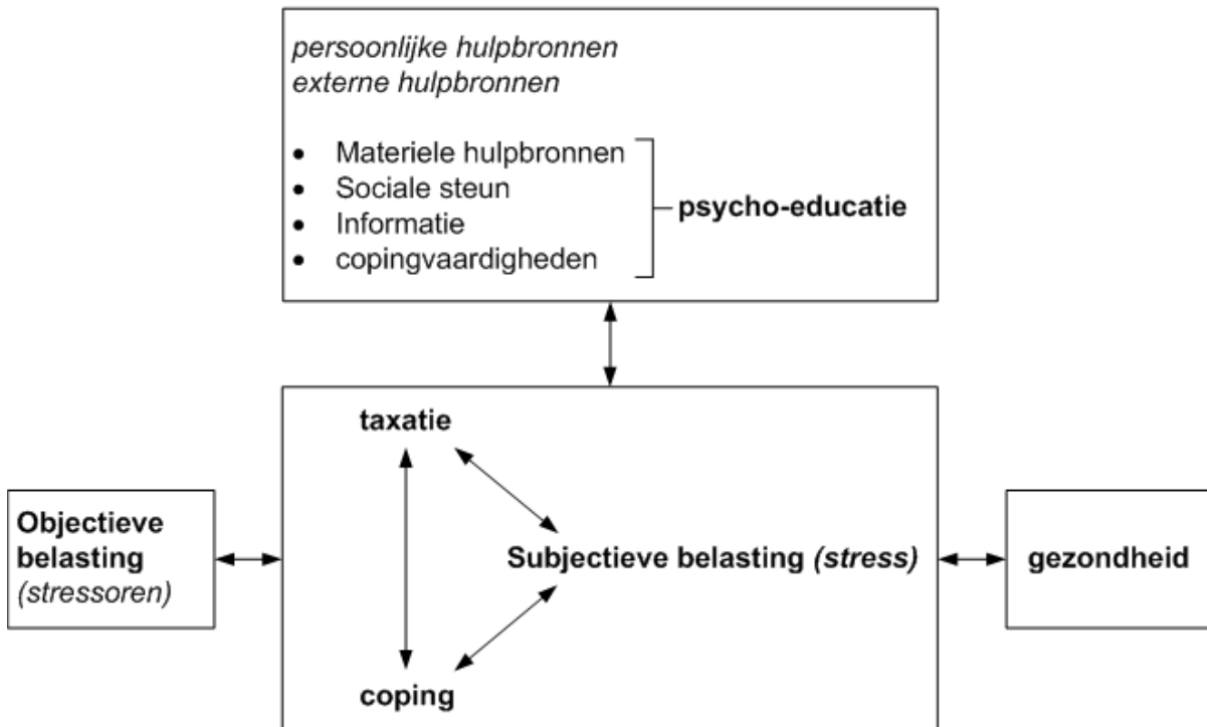
Op grond van het stress-theoretisch model van Lazarus & Folkman (1984) richt de cursus zich op het veranderen van de psychologische reactie op de situatie (= een naaste met psychische problemen) en het gedrag als gevolg daarvan: coping. Deze coping is de resultante van een taxatieproces waarin de mate waarin de naaste de situatie als al dan niet bedreigend taxeert en de eigen vaardigheden om ermee om te gaan als al dan niet voldoende, bepalend is. De objectieve stressor (de situatie als gevolg van de psychische problemen van de naaste), de eigen kennis en vaardigheden en de beschikbaarheid van persoonlijke en externe hulpbronnen zijn van invloed op dit copingproces. Daarom richt de cursus zich op het beïnvloeden van deze factoren om op die manier de ervaren grip op de situatie bij de deelnemers te vergroten. Meer ervaren grip op het leven kan overbelasting en depressieve gevoelens voorkomen. De cursus sluit aan op de behoefte van mantelzorgers aan informatie, advies en begeleiding (De Boer et al. 2009). Volgens Koopmanschap e.a. (2004) heeft bijna 80% van de mantelzorgers met contact met een regionaal steunpunt behoefte aan ondersteuning en respijt; bijna de helft wil meer uitwisseling met andere mantelzorgers en/of informatie van professionele zorgverleners.

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Onderzoek naar interventies gebaseerd op bovengenoemd stress- theoretisch model laat positieve bevindingen zien. Zo vond Heuvel (2002) positieve effecten van een ondersteuningsprogramma voor mantelzorgers van CVA-patiënten (twee interventie varianten met dezelfde inhoud: een groepsprogramma en huisbezoeken) gebaseerd op de „stress-coping theorie“ van Lazarus en Folkman. Zowel op de korte (een maand) als de lange (zeven maanden) termijn bleek deelname aan het interventieprogramma het vertrouwen in de eigen kennis t.a.v. de verzorging van de patiënt ten opzichte van de controlegroep te verbeteren. Ook gebruikten mantelzorgers in de interventiegroep vaker een actieve copingstrategie. Er werden geen effect verschillen gevonden tussen het groepsprogramma of de huisbezoeken. Ook de resultaten van onderzoek op het gebied van werkstress ondersteunen het gekozen theoretisch kader als basis voor interventies gericht op het verminderen van overbelasting (burn-out). Interventies gebaseerd op de stress-coping theory zoals cognitieve gedragstherapie hebben een positief effect op psychisch welbevinden, burn-out gevoelens en vermoeidheid bij mensen met klachten over werkstress (Rhenen e.a. 2005; Leffers e.a. 2000; Klink e.a. 2001).

*Figuur 1 Stresstheoretisch model voor de belasting van familieleden
(ontleend aan Stam en Cuijpers, 1999)*



(1) Informatie: inzicht in het ontstaan, de gevolgen en de behandeling van de psychische stoornis van de naaste via informatieverschaffing en het aanleren van vaardigheden om beter om te gaan met ervaren probleemgedrag kan de subjectieve belasting verminderen (Stam & Cuijpers, 1999). In de bijeenkomst(en) gericht op psycho-educatie en de rol van de hulpverlening wordt op interactieve wijze voorlichting gegeven over stoornissen en hoe hiermee om te gaan. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan grip op de situatie door het maken van een plan om een eventuele terugval te voorkomen.

(2) Communicatievaardigheden opdoen en grenzen leren stellen zijn van belang bij het versterken van copingvaardigheden. In de 'multi-family' psycho-educatiegroepen van McFarlane wordt met succes gebruik gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie en communicatiewetenschap bij het aanleren van copingvaardigheden en het stimuleren tot het zoeken van sociale steun om sociaal isolement en het gevoel van stigma te verminderen (McFarlane, 2002).

(3) Ook het bevorderen van empowerment door meer inzicht in de eigen behoeften versterkt de vaardigheid om met de situatie om te gaan. Familieorganisaties kunnen hier een belangrijke rol in spelen. In de Verenigde Staten werden goede resultaten behaald met een psycho-educatief programma van ervaringsdeskundigen van een familie-organisatie. In vergelijking met de wachtlijstperiode nam de subjectieve belasting van de familieleden af en namen de empowerment en zelfzorg toe, evenals de kennis van ziekte en zorg (Dixon e.a., 2004).

(4) Gedurende de gehele cursus worden de deelnemers gestimuleerd om ervaringen met elkaar te delen en in bijeenkomst 9 wordt er extra aandacht besteed aan het belang van sociale steun. Participatie in lotgenotengroepen en groepsinterventies gericht op kennisvergroting, verliesverwerking, vaardigheidstraining en lotgenotencontact leiden tot meer effectieve copingstrategieën en verminderen het gevoel van belasting (Dixon e.a., 2010; Geelen, 2003; Stam en Cuijpers, 1999).

(5) Verbetering van de probleemoplossende vaardigheden leidt tot betere 'copingvaardigheden'. Deelnemers leren probleemoplossende vaardigheden aan op basis van de principes van Problem Solving Therapy volgens een model dat McFarlane ontwikkelde voor zijn 'multifamily' psycho-educatiegroepen (McFarlane, 2002).

Volgens het bovenstaande model beïnvloedt psycho-educatie via een veranderde taxatie en coping de ervaren belasting in positieve zin en dat heeft weer een positieve invloed op de (psychische) gezondheid, i.c. depressieve klachten.

Uit een literatuuronderzoek ten behoeve van de zogeheten 'Generieke module naasten van mensen met psychische problemen', een kwaliteitsstandaard t.b.v. stoornis-specifieke zorgstandaarden GGZ (<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-ondersteuning-familiesysteem-en-mantelzorg/>) bleek dat psycho-educatie en supportgroepen voor naastbetrokken van mensen met een psychische stoornis de ervaren belasting, spanningsklachten en depressieve gevoelens van naastbetrokkenen kunnen verlagen. Deze positieve effecten zijn beschreven bij naastbetrokkenen van mensen met diverse psychische stoornissen, waaronder schizofrenie, bipolaire stoornis, de ziekte van Alzheimer en dementie in het algemeen. De basis van het literatuuronderzoek waren meta-analyses, richtlijnen en Cochrane reviews verschenen in de periode 2010-2015, gevonden via Pubmed, PsycINFO en CINAHL. Alleen studies uitgevoerd in westerse landen werden meegenomen vanwege het grote verschil in organisatie en aanbod van gezondheidszorg in niet-westerse landen. Er was veel variatie in de wijze waarop de psycho-educatie werd aangeboden binnen de individuele studies die in de meta-analyses zijn opgenomen.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

De eerste gestandaardiseerde versie van de cursus richt zich op familieleden van mensen met schizofrenie (Mierlo e.a., 2004). Een procesevaluatie bij 178 deelnemers (van de 237 deelnemers) aan één van de cursussen georganiseerd door preventiewerkers van in totaal 36 GGZ-instellingen, liet zien dat 71% van de respondenten vrouw was en 29% man. De gemiddelde leeftijd was 55 jaar, 38% was lid van Ypsilon. De meeste respondenten (74%) waren ouders van mensen met schizofrenie. De respondenten waren zeer tevreden over de cursus (gemiddeld een 8 als rapportcijfer) en cursusleiders vonden de cursus goed uitvoerbaar. Zij rapporteerden een hoge getrouwheid van uitvoering. De respondenten vonden het uitwisselen van ervaringen, gevoelens en tips het meest waardevolle onderdeel van de cursus (41% van de respondenten). Bijna een kwart (24%) geeft aan het meeste te hebben gehad aan de voorlichting en informatie die gegeven werd; 7% noemt in dit kader de opdrachten die zowel thuis als tijdens de bijeenkomst uitgevoerd werden. Nog eens 23% geeft aan dat ze veel gehad hebben aan meerdere onderdelen (Bransen en Mierlo, 2007).

Om sneller in te kunnen springen op vragen om ondersteuning in dunbevolkte gebieden waar het lastiger is een cursusgroep vol te krijgen met deelnemers die allemaal met eenzelfde psychische stoornis te maken hebben, werd op initiatief van GGZ Drenthe en Lentis (voorheen GGZ Groningen) een algemene versie van de cursus ontwikkeld (Siegert e.a., 2008). In een pilotstudie werd deze versie van de cursus bij 13 GGZ-instellingen geëvalueerd op tevredenheid, uitvoerbaarheid en resultaat na afloop bij de deelnemers (Bransen e.a., 2013). Er zijn vragenlijsten afgenomen bij de cursisten, de cursuscoördinator en de cursusleider(s). Wij rapporteren hier de uitkomsten op de onderzoeksvragen over de uitvoering van de cursus:

1. Wat is de tevredenheid van de deelnemers over de cursus?
2. Hoe vindt de werving en de instroom van cursisten plaats?
3. Wat vinden de cursusleiders van de kwaliteit en de uitvoerbaarheid van de cursus?

Van de 112 deelnemers aan de cursus gaven er 94 toestemming om hun ingevulde vragenlijst voor het evaluatieonderzoek te gebruiken. Deze respondenten waardeerden de cursus met gemiddeld een rapportcijfer van 7,5 en op één deelnemer na, zou iedereen de cursus aanraden aan iemand in een vergelijkbare situatie. De cursuscoördinatoren (N=11) rapporteerden dat de werving voor de cursus voornamelijk gebeurt door het sturen van schriftelijke informatie (folders en posters) naar mogelijke verwijzers, een aankondiging in de eigen Nieuwsbrief, op het intranet of de website en het sturen van een persbericht naar plaatselijke media. Meest belangrijk bij de instroom van cursusdeelnemers zijn de plaatselijke media, de hulpverlener van het familielid en vrienden en bekenden. Cursusleiders (N=12) gaven de cursus net als de deelnemers een 7,5 als rapportcijfer en stelden enkele aanpassingen voor. Belangrijkste verbeterpunten: minder vol programma per bijeenkomst en nog meer praktisch vertalen van theorie. *Psychische problemen in de familie* is op deze punten bijgesteld.

De vier varianten van de cursus werden vanaf 2004 op grote schaal in Nederland uitgevoerd (Veen en Voordouw, 2008; Jonge & Ruiters, 2009). Momenteel (2016) is het bereik minder groot omdat de meeste GGZ-instellingen hun preventieafdeling hebben opgeheven omdat de AWBZ-financiering voor deze zorg is afgeschaft. Vanuit de Wmo is wel financiering mogelijk (mantelzorgondersteuning) en een aantal GGZ-instellingen biedt daarom de cursussen met gemeentefinanciering aan, waaronder de gemeente Amsterdam.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

Nederlands onderzoek naar dit type cursussen startte met het onderzoek van Stam en Cuijpers (1999). Het ging om onderzoek naar 19 niet-gestandaardiseerde GGZ-preventie cursussen voor familieleden die te maken hadden met uiteenlopende psychiatrische problematiek van naasten. Deelnemers aan deze cursussen bleken in vergelijking met een controlegroep na afloop minder belasting te ervaren. Standaardisatie van de cursus werd aanbevolen evenals de ontwikkeling van stoornisspecifieke varianten.

Pilotonderzoek naar de gestandaardiseerde schizofrenie-versie van de cursus (1-group, pre-post design, voormeting en drie nametingen) bij 178 deelnemers (van de 237 deelnemers) die een cursus volgden georganiseerd door één van in totaal 36 GGZ-instellingen, laat zien dat na afloop van de cursus de ervaren belasting significant is afgenomen, gemeten met gestandaardiseerde meetinstrumenten: De Betrokkenen Evaluatie Schaal (Schene & Van Wijngaarden, 1993) en de Ervaren Druk door Informele Zorg (Pot, 1995). Het welbevinden van de cursisten nam significant toe, gemeten met de 12-item versie van de General Health Questionnaire (Goldberg, 1988). Daarbij geldt bovendien dat deze uitkomsten niet alleen beklijven, maar juist ook nog toenemen in de tijd, en feitelijk bij de laatste meting (zes maanden na afloop van de cursus) maximaal zijn. De veranderingen in ervaren belasting en welbevinden bleken niet samen te hangen met de achtergrondkenmerken van de respondenten of hun waardering voor de cursus. Wel van invloed was de mening van het familielid over veranderingen in de psychische toestand van de persoon met schizofrenie. Respondenten die een verbetering of stabilisering bij de persoon met schizofrenie zagen, rapporteerden een grotere afname in de eigen ervaren belasting dan cursisten die een verslechtering zagen. Voor subjectief welbevinden en ervaren sociale steun geldt dit niet. Hoewel niet van een effect kan worden gesproken gezien het design, is toch Cohen's d berekend om een indicatie te krijgen van de sterkte van de verandering op t3. De verandering blijkt zeer groot: BES 1.5, EDIZ 2.6 en GHQ 2.4. Hoewel dit verschil in ervaren belasting en welbevinden tussen de vóór- en nametingen zeer groot was, kunnen we - vanwege het ontbreken van een controlegroep – niet met zekerheid zeggen dat dit effect is toe te schrijven aan de cursus. Niettemin is op grond van deze voorlopige positieve uitkomsten ingezet op brede implementatie van de cursus in de Nederlandse GGZ-instellingen en zijn versies van de cursus voor mantelzorgers van mensen met borderline (Siegert e.a. 2006) en depressie (Bransen e.a., 2006) ontwikkeld.

De algemene versie van de cursus werd in een pilotstudie bij preventiewerkers van 13 GGZ-instellingen geëvalueerd (Bransen e.a., 2013). Er zijn vragenlijsten afgenomen bij de cursisten om na te gaan of zij na afloop van de cursus minder belasting, minder depressieve klachten, meer kennis en meer grip op de situatie ervoeren. Er waren drie meetmomenten: bij kennismaking, tijdens de eerste (T0) en tijdens de laatste (T1) bijeenkomst van de cursus. Ervaren belasting werd gemeten met de Betrokkenen evaluatie Schaal (BES; Schene & Van Wijngaarden, 1993) en met de EDIZ (Ervaren druk door Informele Zorg; Pot et al. 1995, 1998). Depressieve klachten werden gemeten met de CESD vragenlijst (CESD; Bouma, Ranchor, Sanderman & Van Sonderen, 1995). De ervaren grip op de situatie werd gemeten met de Mastery vragenlijst (Pearlin Mastery Scale, Pearlin and Schooler 1978). Verschillen tussen de scores van de respondenten op T0 en T1 toetsten wij met een paarsgewijze t-toets. Vanwege het pilot-karakter van het onderzoek berekenden we geen Cohen's d. Van de 112 deelnemers aan de cursus gaven er 94 toestemming om hun ingevulde vragenlijst voor het

evaluatieonderzoek te gebruiken.

Uitkomsten

Na afloop van de cursus bleek de ervaren belasting en de depressiviteit significant afgenomen en de 'mastery' toegenomen. De gemiddelde score op t0 op de maat voor depressiviteit (CES-D) lag op het afkappunt voor 'klinisch significante symptomen van depressiviteit' (CES-D > 16) namelijk op 16,36. De afname in ervaren belasting en depressiviteit bleken niet samen te hangen met de tijdsintensiteit van het contact met degene met een psychische stoornis (meer of minder dan 5 uur per week contact), noch met de duur van de psychische stoornis van deze persoon (meer of minder dan 5 jaar aan een stoornis lijden). De toename in 'mastery' is hier wel aan gerelateerd. Bij mantelzorgers die meer dan 5 uur per week contact hebben en zorgen voor iemand die 5 jaar of langer aan een stoornis lijdt zien we op t1 geen significante verbetering in mastery.

Tabel Gemiddelde scores op uitkomstmaten respondenten totaal (N=94)

	<i>T0</i> <i>Gem.</i>	<i>St.dev</i>	<i>T1</i> <i>Gem.</i>	<i>St.dev.</i>
Depressieve klachten (CES-D)**	16,36	9,26	13,95	9,32
Ervaren grip op het leven (Mastery)*	16,08	3,62	16,70	3,28
Ervaren belasting door informele zorg (EDIZ)***	6,33	2,39	5,39	2,79
Zorgen maken (BES)*	13,36	5,46	11,99	5,45

* significant bij $p < 0.05$

** significant bij $p < 0.01$

*** significant bij $p < 0.001$

Tabel Gemiddelde scores op uitkomstmaten respondenten ≥ 5 uur contact per week (N=69)

	<i>T0</i> <i>Gem.</i>	<i>St.dev</i>	<i>T1</i> <i>Gem.</i>	<i>St.dev.</i>
Depressieve klachten (CES-D)*	16,66	9,34	14,57	9,48
Ervaren grip op het leven (Mastery)	15,97	3,62	16,58	3,33
Ervaren belasting door informele zorg (EDIZ)**	6,75	2,07	5,93	2,47
Zorgen maken (BES)	13,24	5,89	11,81	5,82

* significant bij $p < 0.05$

** significant bij $p < 0.005$

Tabel Gemiddelde scores op uitkomstmaten respondenten naaste ≥ 5 jaar klachten (N=53)

	<i>T0</i> <i>Gem.</i>	<i>St.dev</i>	<i>T1</i> <i>Gem.</i>	<i>St.dev.</i>
Depressieve klachten (CES-D)*	16,59	9,63	14,26	10,14
Ervaren grip op het leven (Mastery)	16,13	3,39	16,25	3,57
Ervaren belasting door informele zorg (EDIZ)*	6,00	2,69	5,30	2,80
Zorgen maken (BES)	13,58	5,43	13,34	5,42

* significant bij $p < 0.05$

Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

Inhoudelijke elementen:

- Kennisvergroting, met name psycho-educatie
- Vaardigheidstraining: communicatie en interactie, steun vragen, probleemoplossing
- Empowerment
- Lotgenotencontact

Praktische elementen:

- Goede samenwerking tussen GGZ-behandelaars en huisartsenzorg of aanbieders van maatschappelijke ondersteuning
- Uitvoering interventie in een laagdrempelige voorziening in de wijk
- Goede wervingsmogelijkheden
- Trainingsmogelijkheden voor uitvoerders van de interventie

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

Bailey, R., Grenyer, B.F.S. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21 (5), 248-258.

Barrowclough C. (2005). Families of people with schizofrenia. In: Sartorius N, Leff J et al (eds.). *Families and Mental Disorders; From Burden to Empowerment*. Chichester: John Wiley & Sons.

Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R. & van Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D. Een handleiding*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Groningen.

Bransen, E., Dolk, J., Kasander, R. Kras, B., Schrijnemakers, A., Starink, I., Vent, Th. de.(2006). *Omgaan met depressie. Psycho-educatieve cursus voor directbetrokkenen*. Draaiboek voor de cursusleider. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bransen, E. & Mierlo, F. van (2007). *Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bransen E, de Jonge M, de Gee A. (2013). *Psychische problemen in de familie; een groepscursus voor mantelzorgers*. TSG 91, 3, pp 139-142.

Delespaul, PH en de consensusgroep epa (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 55, 6: 427-437.

Dixon L, Lucksted A, Stewart B, Burland J, Brown CH e.a. (2004) Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 109: 207-215.

Dixon, L.B., Dickerson, F., Bellack, A.S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R.W. et al. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* vol. 36 no. 1 pp. 48–70, doi:10.1093/schbul/sbp115.

Geelen, K., & C. Mensink (2003). *Informeel zorg voor psychische problemen en verslavingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Generieke module samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problemen, Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, te verschijnen 2016.

<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-ondersteuning-familiesysteem-en-mantelzorg/>

Goldberg D, Williams P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER NELSON Publishing company Ltd. Windsor.

Heuvel, van den E.T.P. (2002). *Supporting caregivers of stroke patients: an intervention study*. Groningen: Rijksuniversiteit (dissertatie).

Jonge M. de, Gee A de, Bransen E. (2010). *Psychische problemen in de familie; een groepscursus voor mantelzorgers. Pilot-studie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Jonge M. de. & Ruiters, M. (2009). *Ontwikkelingen in de aard en omvang van de GGZ- en VZ- preventie. Stand van zaken 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut

Klerk, M. de, Boer, A. de, Plaisier, I., Schyns, P., Kooiker, S. (2015). *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Klink, J.J.L. van der, Blonk, R.W.B., Schene, A.H., Dijk, F.J.H. van (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.
- Kwekkeboom, M.H. (2000). *De zorg blijft: een onderzoek onder familieleden en andere relaties van mensen met (langdurige) psychische problemen*. Den Haag: SCP.
- Land van 't e.a. (2009). *Zakboek psychische stoornissen*. Trimbos-instituut, Utrecht.
- Lazarus RS, Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leffers, F.C., Vergunst, A.J., Kleber, R.J., Stroebe, M.S., Hak, E. (2000). Stress op het werk de baas: Resultaten van een stresshanteringstraining. *Gedrag en Gezondheid*, 28, 12-22.
- Magliano L. (2008). Families of people with severe mental disorders: difficulties and resources. Copenhagen: World Health Organization, 2008.
- McFarlane WM. (2002) *Multifamily Groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York, Guildford Press.
- Mierlo F. van, Boer K. de, Heygele J. (2004). *Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrene klachten*. Draaiboek voor de cursus-leider. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2005). Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255, 223-231.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016). Generieke module Ondersteuning familiesysteem en mantelzorg; onderdeel van GGZ Zorgstandaarden.
- Pearlin LJ, Schooler C. (1978) The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour*. 19:2-21.
- Pot AM, Dyck R van, Deeg DJH. (1995) Ervaren druk door informele zorg: constructie van een schaal. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Psychiatrie* 26, nr 5: 214-219.
- Rhenen, W. van., Blonk, R.W.B., Klink, J.J.L. van, Dijk, F.J.H. van, Schaufeli, W.B. (2005). The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78, 139-148.
- Schene, A.H., & B. van Wijngaarden (1993). *Familieleden van mensen met een psychotische stoornis: een onderzoek onder Ypsilonleden*. Amsterdam: AMC.
- Siebert E, Krook K. & Bransen E. (2006). *Omgaan met Borderline. Psycho-educatieve cursus voor directbetrokkenen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Siebert, E., Velde, J. te, Slaats, M. & Bransen, E. (2008). *Psychische problemen in de familie, handleiding voor cursusleiders* Utrecht: Trimbos-instituut, Landelijke Steunfunctie Preventie geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.
- Siersma, T., Meyel, B. van, Vliet, M. van (2005). Partners van depressieve patiënten. Een literatuurstudie naar de zorglast van naastbetrokkenen van depressieve patiënten. *Verpleegkunde*, 20, 2: 91-111.
- Stam H, Cuijpers P. (1999). *Psycho-educatie voor familieleden van psychiatrie patiënten; de effecten op belasting*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Tuithof M, Ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. (2015). Emotional disorders among informal caregivers in the general population: target groups for prevention. *BMC Psychiatry* 15:23
DOI 10.1186/s12888-015-0406-0
- Veen, C. van der & Voordouw, I. (2008). *Aard en omvang GGZ- en VZ-preventie 2006* Utrecht: Trimbos-instituut, Landelijke Steunfunctie Preventie geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.
- Wijngaarden B van, Schene A, Koeter M. (2004) Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders* 81: 211-222.

Wittenberg Y., Kwekkeboom M., Boer A. de. (2012). Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek. Den Haag/Amsterdam: Sociaal en Cultureel Planbureau/Hogeschool van Amsterdam.

7. Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Klik hier als u tekst wilt invoeren.