

Preventief Adviesgesprek

Werkblad beschrijving interventie

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Arkin
Postadres: Postbus 75848 1070 AV Amsterdam
E-mail: info@arkin.nl.
Telefoon: 020 590 5002

Website (van de interventie): n.v.t.

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Jacqueline Krouwel
E-mail : jacqueline.krouwel@jellinek.nl
Telefoon : 088 505 1220/06-28726198

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Oudejans SCC, Hoevenaars G, Krouwel J, Spits ME, el Ouafraasi M
Titel interventie: Preventief Adviesgesprek
Databank(en): Loket Gezond Leven
Plaats, instituut: Amsterdam, Arkin & Mark Bench
Datum: 8 augustus 2019

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.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op Loketgezondleven.nl en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
1. Uitgebreide beschrijving	5
Beschrijving interventie.....	5
1.1 Doelgroep.....	5
1.2 Doel.....	6
1.3 Aanpak.....	7
2. Uitvoering.....	10
3. Onderbouwing	14
4. Onderzoek	19
5. Samenvatting Werkzame elementen	20
6. Aangehaalde literatuur.....	21
7. Praktijkvoorbeeld	23

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Het Preventief Adviesgesprek is een éénmalig gesprek met een preventiewerker voor volwassenen en jeugd met (hulp)vragen over psychische klachten en/of verslavingsproblemen van zichzelf of van een persoon uit hun omgeving. Na een inventarisatie van de klachten of problemen, wordt er in het gesprek informatie aangeboden over psychische gezondheid en wordt ingegaan op mogelijke oplossingen of hulpbronnen. Het gesprek wordt afgesloten met een advies. Na afloop heeft de cliënt een vergroot bewustzijn ten aanzien van de eigen situatie en is hij of zij versterkt in keuze-en persoonlijke mogelijkheden.

Doelgroep

Volwassenen en jeugd (kinderen of jongeren tot 24 jaar) met (hulp)vragen over psychische klachten en/of verslavingsproblemen van zichzelf of van een persoon uit hun omgeving.

Doel

Het Preventief Adviesgesprek beoogt volwassenen en jeugd die (hulp)vragen hebben over psychische klachten en/of verslavingsproblemen te informeren en te adviseren over problemen en mogelijke oplossingen. Het doel van het Preventief Adviesgesprek is dat de cliënt na afloop een vergroot bewustzijn heeft ten aanzien van de eigen situatie en versterkt is in keuze-en persoonlijke mogelijkheden.

Aanpak

Het betreft een eenmalig gesprek, bestaande uit 3 fases:

Fase 1: Het huidige beeld: probleem/klachtinventarisatie

Fase 2: Het gewenste beeld: hierin wordt kennis en informatie over psychische gezondheid verstrekt en wordt ingegaan op mogelijke oplossingen of hulpbronnen

Fase 3: De weg vooruit: advies en afronding

Materiaal

De interventie is vastgelegd in het draaiboek 'Preventief Adviesgesprek'. Voor signalering en screening zijn meetinstrumenten, afgestemd op doelgroep (jeugd, ouders/opvoeders, volwassenen, naasten) en thema (type klachten) beschikbaar, samen met handleidingen en criteria ter ondersteuning van de advisering. Tevens zijn er per doelgroep voorbeeldteksten beschikbaar.

Onderbouwing

Volgens het I-Change Model ligt de oorzaak van het niet tijdig zoeken van hulp in een gebrek aan bewustzijnsfactoren. Deze factoren (besef, kennis, cues to action en risicoperceptie) worden aangepakt via een informatiefactor, in dit geval het Preventief Adviesgesprek. Door te signaleren en screenen, gebruik te maken van de KOP-methodiek, het vergroten van mental health literacy en de inzet van motiverende gespreksvoering wordt het doel 'een vergroot bewustzijn ten aanzien van de eigen situatie en versterking in keuze- en persoonlijke mogelijkheden' bereikt.

Onderzoek

Het Preventief Adviesgesprek wordt sinds 2011 uitgevoerd. Uit een recente procesevaluatie blijkt dat er jaarlijks 500 mensen worden bereikt: bijna 45% ouders/verzorgers, 25% jongeren, en 20% naasten.

Uit zelfrapportages door 57 cliënten bleek dat iedereen wel één van de subdoelen van het Preventief Adviesgesprek behaalde, en zo'n 60% alle drie de subdoelen. Gemiddeld krijgt het Preventief Adviesgesprek een 8,1. Resultaten die cliënten noemden in interviews varieerden van het krijgen van hoop, tot aan concrete zaken om nu al toe te passen. Uitvoerders waren positief over het draaiboek van het Preventief Adviesgesprek, maar noemden wel een paar suggesties die voor een groot deel zijn doorgevoerd in een nieuwe versie.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

Het Preventief Adviesgesprek is bedoeld voor volwassenen en jeugd met (hulp)vragen over psychische klachten en/of verslavingsproblemen van zichzelf of van een persoon uit hun omgeving.

Onder *volwassenen* wordt verstaan:

- a) volwassenen die zelf vragen of klachten hebben,
- b) volwassen naasten of mantelzorgers van mensen met psychische klachten en/of verslavingsproblemen,
- c) ouders of opvoeders van minderjarigen of jongvolwassenen tot 24 jaar met psychische klachten en/of verslavingsproblemen.

Onder *jeugd* wordt verstaan: kinderen of jongeren tot 24 jaar, die:

- a) zelf vragen of klachten hebben,
- b) die (een) ouder(s) hebben met psychische klachten en/of verslavingsproblemen.

Met (hulp)vragen bedoelen we in deze context vragen, aanwezigheid van risico's voor het ontwikkelen van psychische klachten, en aanwezigheid van psychische klachten en symptomen. Hiermee wordt het hele spectrum van psychosociale klachten tot aan ernstige psychiatrie bedoeld. Met verslavingsproblemen wordt in deze context het hele spectrum van gebruik en gokken bedoeld: van normaal tot problematisch gebruik of gokken tot en met chronische verslaving.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Daar waar sprake is van ouders van minderjarige kinderen of -jongeren, zijn de ouders de intermediaire doelgroep. De ouders worden gezien als een zeer belangrijke omgevingsfactor, die sturend en bepalend zijn voor het gedrag van het kind.

Jeugdigen met (een) ouder(s) met psychische klachten en/of verslavingsproblemen, hebben lang niet altijd bewuste en actieve vragen. Zij zijn einddoelgroep van het Preventief Adviesgesprek, maar worden bereikt via hun ouders, zorgmentoren of de Ouder en Kind check in de behandelsetting. Het vergelijkbare geldt voor ouders of opvoeders van jeugdigen met psychische klachten en/of verslavingsproblemen: in veruit de meeste gevallen heeft de jeugdige zelf initieel geen actieve hulpvraag. Echter, via het gesprek met de ouders wordt de omgeving van het kind of de jongere zo geïnstrueerd dat het leidt tot zo gezond mogelijk gedrag van het kind (zie intermediaire doelgroep).

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

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

Een belangrijk kenmerk van het gesprek is laagdrempeligheid. Daarom worden er op voorhand zo min mogelijk eisen gesteld aan de ernst van de problemen, het niveau van de klachten of de motivatie wat aan de problemen of het gedrag te veranderen.

Criteria om mensen uit te sluiten zijn:

- Als op voorhand blijkt dat er geen gesprek mogelijk is, zoals (verbale) agressie bij aanmelding of extreme verwardheid
- Aanwezigheid van een acute crisissituatie
- Aanwezigheid van concrete suïcideplannen

In de praktijk worden deze criteria als richtlijn gebruikt. De preventiemedewerker dient deze criteria bij de aanmelding voor het gesprek zoveel mogelijk uit te vragen, echter dit kan ook gedurende het gesprek vastgesteld worden. Eén van de functies van het Preventief Adviesgesprek is namelijk het in kaart brengen van de problemen en advies uitbrengen over vervolgaanbod indien nodig. Als blijkt dat een cliënt op basis van de ernst van de problematiek op voorhand uitgesloten moet worden van het Preventief Adviesgesprek, dan dient verwezen te worden naar geëigend hulpaanbod¹.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

Het oorspronkelijke draaiboek is samengesteld aan de hand van gesprekken met uitvoerders, de manager preventie, de psychiater van de afdeling en een aantal expertmeetings met uitvoerders en leidinggevenden.

Voor de doorontwikkeling tot het herziene draaiboek zijn interviews gehouden met drie cliënten², en is er begin 2019 een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd onder 55 cliënten. Tevens had een vijftal uitvoerders zitting in de projectgroep 'Doorontwikkeling Preventief adviesgesprek' en zijn drie uitvoerders geïnterviewd over hun ervaringen met het gesprek en het draaiboek.

Aan de hand van die interviews is het oorspronkelijke draaiboek bijgesteld, dat daarna door een viertal uitvoerders is gepilot (in ca 8 gesprekken). Aan de hand van die ervaringen is het definitieve draaiboek gemaakt

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het Preventief Adviesgesprek beoogt volwassenen en jeugd, met (hulp)vragen over psychische klachten en/of verslavingsproblemen van zichzelf of van een persoon uit hun omgeving, te informeren en te adviseren over problemen en mogelijke oplossingen.

¹ Dit geldt ook voor de situatie waarin tijdens het gesprek blijkt dat de problemen zodanig zijn dat een verdere voortzetting van het Preventief Adviesgesprek niet geëigend is. De preventiemedewerker dient dan het gesprek tot dan toe af te ronden en direct door te verwijzen naar ander (zorg) aanbod i.p.v. het draaiboek te volgen.

² Het betrof hier cliënten aangedragen door twee uitvoerders, in het voorjaar van 2019. In één geval waren dit ouders die een gesprek hadden over hun kind, in één geval een jongere en in het laatste geval met een naaste (een ouder van een volwassene).

Het doel van het Preventief Adviesgesprek is dat de cliënt na afloop een vergroot bewustzijn heeft ten aanzien van de eigen situatie en versterkt is in keuze- en persoonlijke mogelijkheden.

Subdoelen – max 350 woorden

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

Subdoelen voor de cliënt

De subdoelen van het Preventief Adviesgesprek zijn dat de cliënt na afloop:

- toegenomen kennis en inzicht heeft over de *aard en ernst van de psychische klachten en/of verslavingsproblemen*;
- toegenomen kennis en inzicht heeft in de beschikbare *keuze- en persoonlijke mogelijkheden*;
- een *advies* heeft gekregen, passend bij de situatie en (hulp)vraag van de cliënt.

Subdoel voor de uitvoerder

Het subdoel voor de uitvoerder is het in kaart brengen van de problemen of klachten en het eventueel adviseren en toeleiden naar passend preventief- of zorgaanbod. Dit subdoel is gerelateerd aan het eerste en derde subdoel voor de cliënt (“toegenomen kennis en inzicht over de *aard en ernst van de psychische klachten en/of verslavingsproblemen*” en “een advies krijgen, passend bij de situatie en (hulp)vraag van de cliënt”)

Subdoelen voor de intermediaire doelgroep (ouders of opvoeders van minderjarige kinderen/jongeren):

Voor deze intermediaire doelgroep gelden de volgende subdoelen:

- toegenomen kennis en inzicht over de *aard en ernst van de psychische klachten en/of verslavingsproblemen* van hun kind;
- toegenomen kennis en inzicht heeft in de beschikbare *keuze- en persoonlijke mogelijkheden* ten behoeve van de opvoeding van hun kind;
- een *advies* heeft gekregen over eventueel verder hulp- of preventieaanbod voor hun kind.

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.

Het Preventief Adviesgesprek bestaat uit één gesprek, waarin -op gestructureerde wijze en met behulp van screeningsinstrumenten- een advies op maat wordt gegeven.

Deelnemers komen terecht bij het Preventief Adviesgesprek via de PR-kanalen van de preventieafdeling (nieuwsbrieven, foldermateriaal en mailings), via verwijzende intermediairs, zoals zorgmentoren op scholen, het Sociaal Loket van de Gemeente Amsterdam, Zorgloketten en Zorgnetwerken, via voorlichting en spreekuren in buurthuizen, via de reguliere communicatiekanalen met de huisartsen,.

De opbouw van het Adviesgesprek is als volgt:

1. Voorstellen en inhoud gesprek
2. Kennismaking met cliënt(en)

Fase 1: Het huidige beeld

3. Informatie verzamelen
 - a. Klachten, Omgeving en Persoonlijke stijl
 - b. Signaleren
 - c. Screenen
4. Terugkoppelen

Fase 2: Het gewenste beeld

5. Kennis en informatie verstrekken
6. Inventarisatie oplossingen/mogelijke hulpbronnen/netwerk

Fase 3: De weg vooruit

7. Afronding gesprek
8. Advies

Het gesprek wordt afgesloten met een advies. Dit advies is getrapd en kent drie varianten:

1. het gesprek was voldoende; cliënt gaat zelf aan de slag met keuzemogelijkheden/boort eigen hulpbronnen aan buiten de kaders van hulpverlening;
2. een keuze voor ander (individueel, groep, of online, begeleide zelfhulp strategieën) preventief aanbod;
3. een keuze voor ander zorgaanbod (binnen de organisatie of daarbuiten).

Uitzonderingen

Er zijn situaties denkbaar waarin één gesprek niet voldoende is om de drie fases te doorlopen en tot een advies te komen, zoals bij licht verstandelijk beperkten, cliënten die geen of slecht Nederlands spreken, familie- of naastbetrokkenen die zeer veel te vertellen hebben of bij relatief ingewikkelde problematiek³. Het tweede gesprek gaat dan verder op het punt waar men in het eerste gesprek is gebleven. Het Preventief Adviesgesprek is geschikt om uit te voeren in andere talen dan het Nederlands, of er kan gebruik gemaakt worden van een tolk.

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.

Na het voorstellen (1) en de kennismaking (2) met de cliënt, worden er tijdens het gesprek drie fases doorlopen, geïnspireerd op de drie fases beschreven in *Deskundig hulpverlenen* van Egan (Egan, 2012)

Fase 1: Het huidige beeld: wat is er aan de hand? Het probleem of (hulp)vraag van de cliënt vaststellen, met behulp van:

3. Informatie verzamelen:
 - a. gebruik makend van de KOP-visie: cliënten met klachten zijn vaak het overzicht en de controle over hun leven kwijtgeraakt. Door de *Klachten, Omgeving en Persoonlijke stijl* te inventariseren wordt samen met de cliënt het overzicht hersteld en een mogelijke verklaring voor de klachten gevonden.

³ Het betreft hier uitdrukkelijk wél cliënten die - die vanwege hun vragen of klachten- tot de doelgroep behoren van het Preventief Adviesgesprek. Het feit dat het gesprek vanwege beperkingen uitloopt, is geen reden om mensen uit te sluiten. Voor het uitsluiten van mensen vooraf zijn de exclusiecriteria eerder in dit stuk opgesteld.

- b. Signaleringsvragen stellen en screeningsvragenlijsten afnemen. Hiervoor worden o.a. de DASS, de AUDIT en de SDQ als screeningsinstrumenten gebruikt.
4. Terugkoppelen aan de hand van de signalering en de eventueel gebruikte screeningsinstrumenten. Hiertoe is zijn in het draaiboek hulpkaarten opgenomen die de uitvoerder ondersteunen bij het vertalen van cijfermatige informatie naar feedback en verdere probleemverheldering.

Fase 2: Gewenste beeld: wat wil ik of heb ik nodig? Welke oplossingen ziet de cliënt en welke zijn geschikt? In deze fase wordt gesteund op twee pijlers:

5. Kennis en informatie verstrekken: het vergroten van de 'mental health literacy' van de individuele cliënt (aan de hand van voorlichtingsmateriaal, on-line informatie en filmpjes voor zowel volwassenen, naasten ouders/verzorger en jongeren), en
6. Inventarisatie oplossingen/mogelijke hulpbronnen/netwerk met gebruik van Motiverende Gespreksvoering.

Fase 3: De weg vooruit: hoe krijg ik wat ik wil of nodig heb? In deze fase wordt, wederom met gebruik van Motiverende Gespreksvoering, naar een advies toegewerkt. De houding van de uitvoerder is hier die van een gids/coach:

7. Afronding gesprek
8. Advies. Het advies is getrapd en kent drie varianten:
 - a. het gesprek was voldoende; cliënt gaat zelf aan de slag met keuzemogelijkheden/boort eigen hulpbronnen aan buiten de kaders van hulpverlening;
 - b. een advies naar ander (individueel, groep, of on-line) preventief aanbod;
 - c. een advies naar ander zorgaanbod, binnen of buiten de eigen organisatie.

In het geval naar een advies binnen de eigen organisatie, krijgt de cliënt de benodigde informatie mee (folders, telefoonnummers).

Belangrijke taak van een preventie-afdeling is zorgdragen voor adequate verwijzing. Daartoe zijn er korte lijnen met behandelafdelingen om zo warm mogelijk toe te kunnen leiden: indien nodig kan een preventiewerker zelfs meegaan naar de intake met een behandelafdeling.

De eerste twee fasen zijn gericht op de subdoelen kennis- en inzichtvergroting over de aard en ernst van de psychische klachten en/of verslavingsproblemen en vroegsignalering en screening door de uitvoerder. De tweede en de derde fase zijn gericht op de kennis- en inzichtvergroting van de keuze- en persoonlijke mogelijkheden van de cliënt. In de derde fase richt de uitvoerder zich op advisering naar een eventueel vervolgaanbod.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

De interventie is vastgelegd in het draaiboek 'Preventief Adviesgesprek'.

Voor signalering en screening zijn meetinstrumenten, afgestemd op doelgroep (jeugd, volwassenen, omgeving) en thema (type klachten) beschikbaar, samen met handleidingen en criteria ter ondersteuning van de advisering. Gebruikte instrumenten zijn de AUDIT, de DUDIT, de DASS, de CRAFT & SMA, de SDQ, en de CSI⁴ (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; de Beurs, van Dyck, Marqueni, Lange, & Blonk, 2001; de Lange et al., 2018; Hendriks et al., 2014; Ivens & Oliemans, 2012; Lamain, Hooimeijer, Visser, & Bennekom, 2011; Sinadinovic, Wennberg, & Berman, 2012). Deze zijn opgenomen in het betreffende draaiboek.

Tijdens het adviesgesprek (zoals bij het bespreken van de aspecten uit de mental health literacy en de advisering) wordt gebruik gemaakt van (bestaand) voorlichtingsmateriaal, zoals filmpjes, on-line bronnen en folders, voor volwassenen, naasten, ouders/verzorgers en jongeren.

Cliënten krijgen na afloop van het gesprek inhoudelijke themabrochures over aanbod van de afdeling preventie, over psychische aandoeningen, verslaving of verwijzingen naar websites uitgereikt, en worden – indien van toepassing- verwezen naar de instellingswebsite met tests en verdere informatie over psychische gezondheid, psychische aandoeningen, verslaving en opvoedingsondersteuning (www.jellinek.nl, www.arkinjeugdengезin.nl en www.puntp.nl).

Het advies of gesprek wordt niet vastgelegd. Wel kan de preventiewerker aantekeningen maken, om later op terug te komen. Het opslaan van deze gegevens dient wel te gebeuren conform het privacyreglement van de instelling.

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 interventie is geschikt om uitgevoerd te worden door (de preventie-afdeling van) een GGZ-organisatie, of door (de POH-GGZ van) een huisartsenpraktijk.

Tevens kan de interventie outreachend ingezet worden, door de gesprekken op een andere locatie dan die van de uitvoerende organisatie plaats te laten vinden (zoals op school, in een buurthuis).

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

Uitvoerders van het Preventief Adviesgesprek zijn preventiewerker, gezondheids-bevorderaar in de eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg; of POH GGZ (Praktijk Ondersteuner

⁴ Naar een geschikte screenings/observatielijst voor ouders/opvoeders m.b.t. het middelengebruik/gamen van hun kind wordt nog onderzoek naar beschikbare en valide lijsten gedaan. Zodra deze er zijn, zullen deze worden toegevoegd aan het draaiboek.

Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg). Zij zijn veelal opgeleid als agoog, socioloog of psycholoog (HBO en WO opgeleid).

Veronderstelde basiskennis en -vaardigheden betreffen:

- Kennis over middelen, gokken en gamen; en risico's van middelengebruik over overmatig gokken en gamen;
- Kennis over psychopathologie;
- Vaardigheden in Motiverende gespreksvoering;
- Vaardigheden om empathisch, gestructureerd en geprotocolleerd gesprekken te voeren met cliënten.

Kennis- en vaardigheden die specifiek gericht zijn op het uitvoeren van het Preventief Adviesgesprek betreffen:

- Doelgroep specifieke kennis:
 - o kennis over de opvoeding en ontwikkeling van kinderen en/of pubers
 - o kennis over de problematiek van- en de geëigende aanpak voor volwassen naasten van mensen met psychische problemen of verslavingsproblematiek;
 - o kennis over de problematiek van- en de geëigende aanpak voor kinderen van ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen (KOPP/KOV⁵) naasten van mensen met psychische problemen of verslavingsproblematiek;
- Kennis over- en vaardigheden in het toepassen van de KOP methodiek;
- Kennis en vaardigheden ten behoeve van signaleren en screenen van psychische- of verslavingsproblemen;
- Kennis over de sociale kaart, zowel binnen de organisatie als regionaal.

Uiteraard dienen uitvoerders bekend te zijn met- en in staat te zijn om het Draaiboek preventief Adviesgesprek toe te passen. Ten behoeve van bovenstaande is een training preventief Adviesgesprek ontwikkeld.

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

Kwaliteitsbewaking is in handen van de uitvoerende afdeling en gedelegeerd aan de Interventieleider Preventief Adviesgesprek.

Uitvoerders van het Preventief Adviesgesprek brengen en houden hun kennis en vaardigheden op niveau door:

- de training Preventief Adviesgesprek te volgen;
- deel te nemen aan maandelijkse intervisiebijeenkomsten, gericht zijn op individuele interventies;
- eenmaal per jaar mee te doen met een peer-review ronde. Hierin worden drie gesprekken bijgewoond door een collega-uitvoerder, die getrouwheid aan de elementen van het draaiboek en de uitvoering daarvan bijhoudt. Eventuele afwijkingen worden besproken.

⁵ KOPP/KOV staat voor Kinderen van Ouders met Psychische/Psychiatrische problemen en Kinderen van Ouders met Verslavingsproblematiek

- deel te nemen aan periodieke boostertrainingen van het Preventief adviesgesprek (minimaal 1 maal per drie jaar). De interventieleider initieert deze trainingen naar aanleiding van de bevindingen en ervaring uit de intervisies en de peer-reviews.

Daarnaast dienen uitvoerders de interventie regelmatig uit te voeren, richtlijn is minimaal 1 gesprek per maand en 15 per jaar.

Structurele kwaliteitsmonitoring vindt vervolgens plaats binnen de in de uitvoerende instelling geldende procedures voor cliënttevredenheid, uitkomsten en functioneren van medewerkers. Binnen Arkin is de mogelijkheid om –anoniem- vragenlijsten uit te sturen goed geïmplementeerd via NetQ, een software platform voor evaluaties. Gegevens uit dit systeem zijn relatief eenvoudig door een secretariaats-medewerker te onttrekken en te bewerken tot periode feedback. Feedback hierover aan het uitvoerend team vindt jaarlijks plaats.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

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

De uitvoerende organisatie dient rekening te houden met de volgende randvoorwaarden:

Logistieke en materiële randvoorwaarden:

- een goede cliëntenlogistiek, d.w.z. een secretariaat/receptie die de gesprekken in kan plannen naar beschikbaarheid en aanwezigheid van de uitvoerders;
- voor gesprekken op locatie van de uitvoerende organisatie: voldoende spreekkamers;
- voor gesprekken buiten de locatie (bijvoorbeeld op scholen) van de uitvoerende organisatie:
 - o afspraken over de cliëntenlogistiek op deze externe locatie
 - o voldoende samenwerking en afspraken over de uitvoering van het Preventief Adviesgesprek
 - o voldoende spreekkamers.
- materiaal om de beschikbaarheid van het Preventief Adviesgesprek onder de aandacht te brengen van verwijzende intermediairs, zoals zorgmentoren op scholen, sociale loketten, of via de reguliere communicatiekanalen met de huisartsen, nieuwsbrieven, foldermateriaal en mailings;
- beschikbaarheid van trainings- en intervisie mogelijkheden (lokalen, materialen, planning);
- de beschikbaarheid over screeningsvragenlijsten;

Personele randvoorwaarden:

- de beschikbaarheid van uitvoerders die gespecialiseerd zijn in de voorkomende problematiek (psychiatrie én verslavingsproblemen, aangevuld met kennis over opvoeden en mantelzorg);
- de beschikbaarheid over tolken of uitvoerders die het gesprek met anderstaligen kunnen voeren;

De volgende contextuele randvoorwaarde is van belang:

- Het Preventief Adviesgesprek is laagdrempelig. Veel cliënten aarzelen de stap naar de hulpverlening te maken. Indien de locatie duidelijk de signatuur van een instelling voor GGZ of verslavingsproblemen draagt, kan drempelverhogend werken. Het is belangrijk hier aandacht aan te

besteden, en outreachend te werk te gaan, bijvoorbeeld te overwegen de gesprekken op een andere locatie (zoals op school, in een buurthuis) plaats te laten vinden.

I Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Het Preventief Adviesgesprek behandelt veel onderwerpen in korte tijd. Uitvoerders moeten goed in staat zijn te structureren samen met de cliënt, en vervolgens te signaleren en te screenen. Daarnaast moeten zij kennis hebben over psychische stoornissen en verslavingsproblemen, én in staat zijn cliënten op de juiste manier te adviseren.

Het implementatietraject bestaat daarom voor een belangrijk deel uit training en begeleiding van uitvoerders. De training bestaat grofweg uit twee onderdelen: een deel over de uitvoering van het draaiboek en een deel dat is gewijd aan het gebruik van screeningsinstrumenten, en het terugkoppelen van de resultaten daarvan.

Andere onderdelen van het implementatietraject betreffen het opzetten van een cliëntenlogistiek, het opzetten van een logistiek rondom de gebruikte screeningsvragenlijsten en het opzetten van een intervisie en peer-review routine. Een implementatietraject zal een circa drie maanden in beslag nemen.

Na ingebruikname van het draaiboek dient een evaluatie plaats te vinden in de vorm van een pilot. Hierin wordt een aantal Preventief Adviesgesprekken uitgevoerd op basis van het draaiboek (zo'n 5 tot 10 gesprekken, idealiter verdeeld over meerdere doelgroepen), en worden de uitvoerder na afloop geïnterviewd over hun ervaringen. Op basis van de resultaten uit de interviews kan actie ondernomen worden op het gebied van (her)training, toegevoegde instructies, bijstellingen aan de organisatie of aan het materiaal.

Kosten – max 200 woorden

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

De kosten van de interventie zijn onder te verdelen in de volgende kostenposten:

Materiaal:

Het draaiboek is alleen verkrijgbaar in combinatie met de training. Nabestellingen van het draaiboek kosten € 15.

Training:

Eén-daagse training voor uitvoerders: €350 per uitvoerder, inclusief draaiboek.

Intervisies en peer-review

- Organisatie: eenmalig twee dagen;
- Coördinatie van de uitvoering doorlopend: (uitgaande van 10 uitvoerders per team) 1 tot 2 uur per maand;
- Uitvoering peer-review: 10 uur per uitvoerder per jaar (gereviewd worden, zelf reviewen en verslaglegging/overleg daarover);
- Deelname maandelijkse intervisies: 15 uur per uitvoerder per jaar (uitgaande van 10 maal deelname per jaar).

Tijdsinvestering per uitgevoerd gesprek:

- Het gesprek duurt maximaal 60 minuten per deelnemer
- Organisatie, werving en administratie 30 minuten per deelnemer

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

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

Jaarlijks krijgt bijna één op de vijf mensen te maken met een psychische stoornis en bijna de helft van de burgers (43,5%) hier *ooit* mee te maken. Stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen komen hierbij het meeste voor: één op de vijf volwassenen heeft ooit in het leven een dergelijke stoornis gehad (van Dijk, Knispel, & Nuijen, 2011).

Behandeling van psychische stoornissen is effectief, maar bereikt maar een deel van de mensen die het nodig hebben: een kwart tot een derde van de volwassenen met een psychische stoornis ontvangt enigerlei vorm van hulp, formeel danwel informeel (Tuithof, ten Have, van den Brink, Vollebergh, & de Graaf, 2016; van Dijk et al., 2011). Dit terwijl uit diverse onderzoeken blijkt dat vroege klachten een groot risico vormen voor de ontwikkeling van ernstiger klachten op een later tijdstip (Almeida, 2014; Babor et al., 2001; Behrendt, Wittchen, Hofler, Lieb, & Beesdo, 2009; Dennis & Scott, 2007; Karsten et al., 2011; Kempf, Llorca, Pizon, Brousse, & Flaudias, 2017; LeNoue & Riggs, 2016). Er is dan ook veel te winnen door in te grijpen in een vroeg stadium, met preventieve interventies bij lichte of beginnende klachten. In een literatuurstudie naar preventieve interventies wordt gevonden dat deze het ontstaan van nieuwe psychische stoornissen met 21 tot 27% kunnen verminderden (Cuijpers, 2006; Zegwaard, Aartsen, Grypdonck, & Cuijpers, 2013).

Echter, veel mensen met beginnende of lichte klachten, waaronder niet zelden leden van het netwerk van patiënten zoals mantelzorgers en ouders, zoeken geen hulp (Cuijpers, 2006; Rijnders & Heene, 2010), of men doet dit pas laat, als er al schade is (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004; Tuithof, ten Have, Van Dorsselaer, Bransen, & De Graaf, 2016). Een mogelijke verklaring is dat het gebrek aan kennis over stoornissen en de herkenning daarvan, angst voor stigmatisering, een slecht imago van de sector, en onbekendheid met- en van mogelijke formele en informele hulpbronnen, een belemmering vormen (Nabitz, Oudejans, Dekker, & van den Brink, 2011; Oudejans & Spits, 2018; Rijnders & Heene, 2010; ten Have et al., 2010). Rijnders en Cuijpers pleiten er dan ook voor om deze onbekendheid en daarmee gepaarde drempelvrees te bestrijden door de (preventieve-) GGZ te vereenvoudigen of toegankelijker te maken, door deze dichterbij de dagelijkse levenssituatie van de patiënt aan te bieden (Cuijpers, 2006; Rijnders & Heene, 2010).

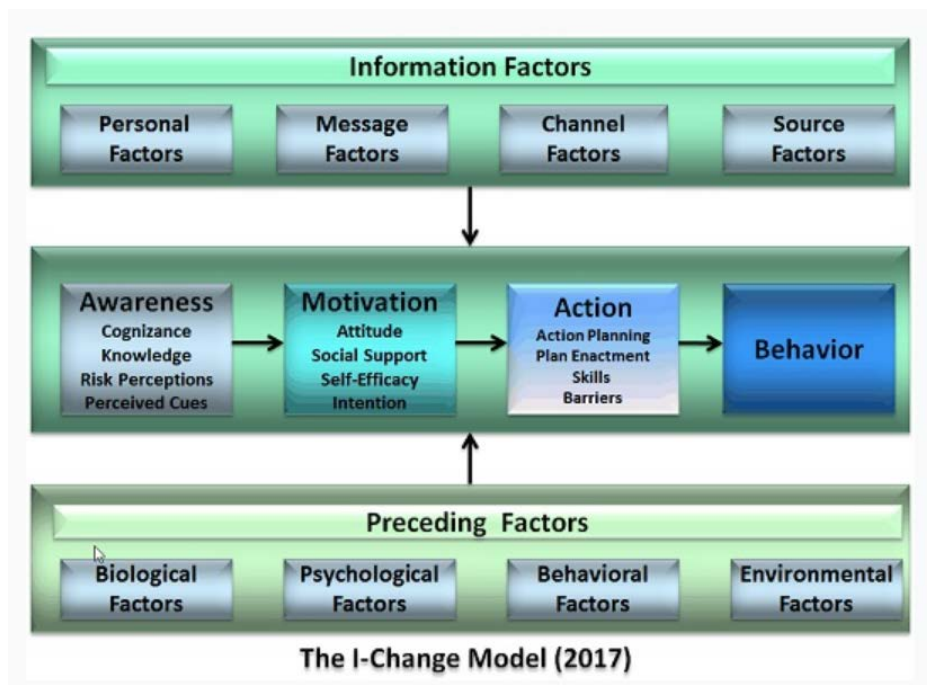
Vroeg en toegankelijk ingrijpen kan via formele kanalen zoals de huisarts of andere geïnstitutionaliseerde hulp, maar ook informeel, zoals de eigen omgeving. Veel mensen weten onvoldoende over hun eigen klachten, en zijn niet op de hoogte van mogelijkheden om deze, informeel of formeel, aan te pakken. Dit laagdrempelig Preventief Adviesgesprek biedt hierin uitkomst.

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Ondanks de kennis dat vroeg ingrijpen en het steunen van de omgeving werkt en het grote preventie- en behandel aanbod in Nederland daarvoor (Bolier & Cuijpers, 2000; Ggz Nederland, 2005), zoeken mensen met beginnende klachten en leden van het netwerk zoals mantelzorgers en ouders niet snel hulp (Cuijpers, 2006; Rijnders & Heene, 2010), of men doet dit pas laat, als er al schade is (Kohn et al., 2004). Een mogelijke verklaring is een gebrek aan kennis over stoornissen, een gebrek aan kennis over het beschikbare hulpaanbod van de GGZ, de verslavingszorg en informele hulpbronnen (Nabitz et al., 2011; Oudejans & Spits, 2011; Rijnders & Heene, 2010; Romijn, Ruiters, & Smit, 2007; ten Have et al., 2010). Er is een grote groep mensen die (hulp)vragen hebben, maar geen inzicht hebben in de ernst en aard van de problemen en hoe deze problemen aangepakt kunnen worden. De beantwoording van die vragen vereist een specialisatie en kennis die in de omgeving vaak niet aanwezig is. Problemen worden zo groter en richten meer schade aan dan nodig.

Het ontbreken van juiste informatie en prikkels belemmert mensen om op passende wijze in actie te komen om vragen of problemen aan te pakken. De factoren die een rol spelen zijn terug te vinden in de *Awareness factors* in het Integrated Change Model (de Vries, 2017, 2019; Kasten, van Osch, Candel, & de Vries, 2019). Dit model voor gedragsverandering (te zien in figuur 1) is afgeleid van het ASE (Attitude – Sociale Invloed – Self Efficacy) model (Brug, van Assema, & Lechner, 2012; Kok, Molleman, Saan, & Ploeg, 2005) en integreert de Theorie van gepland gedrag, de sociaal-cognitieve theorie, het Transtheoretische Model van Gedragsverandering, het Precaution Adoption Model en het Health Belief Model (de Vries, 2019).



Figuur 1. Het I-Change Model (de Vries, 2019)

Het model veronderstelt dat gedrag een gevolg is van iemands bewustzijn, diens motivatie en actietendens. *Awareness* factoren spelen een belangrijke eerste rol bij de motivatie en intentie tot gedrag: ze vormen de voorwaarden om iets aan de problemen te doen (Brug et al., 2012).

Volgens dit model ligt de oorzaak van het probleem bij een gebrek aan deze factoren, te weten *beseef*, *kennis*, *risicoperceptie* en *cues to action*. Het Preventief Adviesgesprek richt zich dan ook op deze vier factoren die de oorzaak zijn van het niet tijdig zoeken van hulp of aanboren van de juiste hulpbronnen.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

De factoren die in het Preventief Adviesgesprek aangepakt worden zijn de bewustzijnsfactoren: *beseef*, *kennis*, *risicoperceptie* en *cues to action*. Hierdoor zal het doel *vergroting van het bewustzijn ten aanzien van de eigen situatie en versterking van keuze- en persoonlijke mogelijkheden bereikt worden*.

Het beïnvloeden van de bewustzijnsfactoren *beseef* en *kennis* draagt bij aan het bereiken van het subdoel 'toegenomen kennis en inzicht over de aard van de klachten'.

Het beïnvloeden van de bewustzijnsfactor *risicoperceptie* draagt bij aan het bereiken van het subdoel 'toegenomen kennis en inzicht over de ernst van de klachten' en aan het subdoel voor de uitvoerder 'vroegsignalering en screening'.

Het beïnvloeden van de bewustzijnsfactor *cues to action* draagt bij aan het bereiken van de subdoelen 'toegenomen kennis en inzicht in de beschikbare keuze- en persoonlijke mogelijkheden' en het 'ontvangen van advies'.

Aangezien deze bewustzijnsfactoren te beïnvloeden zijn via informatiefactoren geldt het Preventief Adviesgesprek zelf als informatiefactor, waarbij de boodschap, het kanaal en de bron passend zijn voor de doelgroep (zie figuur 1). Bij de uitvoering van het gesprek dient wel rekening gehouden te worden met de (stabiele) predispositiefactoren van die doelgroep: dit zijn kenmerken van de deelnemer, zoals bijvoorbeeld geslacht, culturele achtergrond, geletterdheid en bestaande kennis over psychische aandoeningen. Daarbij is het zaak de boodschap en de aanpak daarop aan te stemmen.

Verantwoording – max 1000 woorden

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

Kenmerk van het Preventief Adviesgesprek is laagdrempeligheid: het kan gevoerd worden met cliënten met een brede waaier aan vragen en klachten, en er worden –buiten de genoemde exclusiecriteria- geen eisen gesteld aan de aard en de ernst van de klachten. Het is géén intake of behandeling. De doelgroep betreft mensen met zowel (vragen over) psychische- als verslavingsproblemen. Werving vindt plaats via de eigen PR-kanalen van de preventieafdeling, via de huisarts, met de schooldecaan, of buurt- en wijkcentra, waardoor toegang tot het gesprek dicht bij de dagelijkse levenssituatie van potentiële cliënten ligt (Rijnders & Heene, 2010; Ruiters, Bransen, Van der Poel, & Boon, 2013).

Het Preventief Adviesgesprek beoogt bij mensen met vragen of klachten het bewustzijn ten aanzien van de eigen situatie te vergroten en hen te versterken in hun keuze- en persoonlijke mogelijkheden. De genoemde subdoelen voor de cliënt en uitvoerder zijn, zoals eerder genoemd, direct te herleiden naar de eerder genoemde aan te pakken bewustzijnsfactoren uit het I-Change Model: *beseef*, *kennis*, *risicoperceptie* en *cues to action* (de Vries, 2017, 2019; Kasten et al., 2019). Met *beseef* ('cognizance' in het model) wordt het bewustzijn van iemands eigen gedrag in combinatie met het *beseef* of dit gedrag gezond is bedoeld. Een

voorbeeld is dat een jongere weet dat hij teveel blowt: in dat geval is er een bodem voor motivatie tot gedragsverandering. Andersom, als een persoon denkt dat hij voldoende beweegt, terwijl dat in feite niet zo is, dan is de kans dat iemand de intentie tot gedragsverandering ontwikkelt niet groot (Kasten et al., 2019). Het gesprek bestaat uit drie fases: Het huidige beeld, Het gewenste beeld en De weg vooruit (Egan, 2012). In de onderstaande tabel staat uitgewerkt welke elementen uit de aanpak van de interventie zich richten op welke factor en met welk doel. In de cel staat de methodiek aangegeven.

Hoofddoel →	Toegenomen bewustzijn ten aanzien van de eigen situatie, en versterking van keuze- en persoonlijke mogelijkheden				Subdoel ↓
Factoren	Besef	Kennis	Risicoperceptie	Cues to action	
Fase 1: Het huidige beeld					
Informatie verzamelen en terugkoppelen	KOP-methodiek Signaleren en screenen	KOP-methodiek	Signaleren en screenen		<ul style="list-style-type: none"> • Kennis- en inzichtvergroting over de aard en ernst van de psychische klachten en/of verslavingsproblemen[®] • het in kaart brengen van de problemen of klachten[#]
Fase 2: Het gewenste beeld					
Kennis en informatie verstrekken	Mental health literacy	Mental health literacy			<ul style="list-style-type: none"> • Kennis- en inzichtvergroting over de aard en ernst van de psychische klachten en/of verslavingsproblemen[®]
Inventarisatie oplossingen/mogelijke hulpbronnen/netwerk				Mental health literacy	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis- en inzichtvergroting over keuze- en persoonlijke mogelijkheden[®]
Fase 3: De weg vooruit					
Afronding en advies	Motiverende Gespreksvoering			Motiverende Gespreksvoering	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis- en inzichtvergroting over keuze- en persoonlijke mogelijkheden[®] • Het ontvangen van een passend advies • Het uitbrengen van een passend advies[#]

@: dit betreft zowel een subdoel voor de einddoelgroep als voor de intermediaire doelgroep. De toevoeging 'van het kind' of 'bij de opvoeding van het kind' aan de subdoel is daar op zijn plaats. #: dit is een uitvoerdersdoel (zie pagina 8, onder subdoelen)

Het huidige beeld helder krijgen in de eerste fase van het gesprek maakt gebruik van de zogenaamde KOP (Klachten, Omgeving, Persoonlijke stijl)-visie (Rijnders & Heene, 2010, 2015). Hierin wordt verondersteld dat aan de stap om naar de hulpverlening te gaan vaak al een lange periode van klachten voorafgaat, en dat dit geresulteerd heeft in demoralisatie. Mensen lopen in toenemende mate vast in hun pogingen om de klachten of problemen op te lossen, men wordt steeds wanhopiger en verliest het overzicht over het eigen leven en de leefsituatie. Binnen de KOP-visie komen klachten voort uit een ongelukkige combinatie van persoonlijke stijl en omstandigheden. Door deze in kaart te brengen wordt het overzicht hersteld, en dit draagt bij aan de factor besef en kennis. De inzet van signalering en screening in de eerste fase is belangrijk in het kader van case-finding, het op gestructureerde wijze inschatten van de ernst van de problematiek door de uitvoerder en het bespreken daarvan met de cliënt, en het draagt hiermee bij aan de factoren besef en risicoperceptie. Dit resulteert in het subdoel van vergroting van de kennis over- en inzicht in de eigen situatie en het vormt een voorwaarde voor de elementen uit de tweede fase van het gesprek.

In de tweede fase wordt de factor kennis verder aangepakt via het vergoten van *mental health literacy*. Mental health literacy (ook wel vertaald als *gezondheidsvaardigheden*), behelst kennis en overtuigingen over psychische stoornissen, over het omgaan met beginnende psychische klachten en symptomen, en over het voorkomen van een stoornis (Jorm, 2012). In de Wetenschappelijke Onderbouwing Depressiepreventie uit 2007 (Romijn et al., 2007) wordt in dit kader gesteld dat “De gebrekkige kennis van depressie [is] een van de belangrijkste redenen [is] dat de stoornis tot op heden nog altijd weinig wordt herkend, gediagnosticeerd en behandeld. Onbekendheid, onjuiste overtuigingen en taboes hebben belangrijke negatieve gevolgen: mensen zoeken in een (te) laat stadium (professionele) hulp wanneer de problemen vaak al in een fase verkeren dat herstelkansen kleiner zijn geworden en er inmiddels al persoonlijke en economische schade wordt geleden. Onbekend maakt ook onbemind, en mensen met een depressie krijgen weinig steun van hun sociale omgeving omdat anderen niet goed begrijpen wat er aan de hand is en niet goed weten wat in een vroeg stadium gedaan kan worden.” Hoewel mental health literacy volgens Jorm voornamelijk vergroot wordt in grotere publiekscampagnes, is de kennis- en informatieverstrekking binnen het Preventief Adviesgesprek gericht op de componenten van mental health literacy, te weten: a) kennis over het voorkomen van psychische stoornissen, b) herkenning als een stoornis zich ontwikkelt, c) kennis over hulpverleningsmogelijkheden en behandelmogelijkheden, d) kennis van effectieve zelf-hulp strategieën voor mildere klachten, en e) vaardigheden om naasten die een stoornis hebben of ontwikkelen, te ondersteunen. Met name de punten c) t/m e) kunnen dienen als cues to action voor een cliënt⁶.

Een belangrijke pijler van het Preventief Adviesgesprek is de inzet van Motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005). Dit vormt de basishouding van de uitvoerder en wordt ingezet in alle fases van het gesprek, maar krijgt het zwaartepunt in de derde en de afrondende fase van het gesprek, bij de inventarisatie van de oplossingen en de advisering, afronding en versterking. Motiverende gespreksvoering is niet zozeer ‘[...]een methode, als wel een interactiestijl, waarin de begeleider (de ‘guide’) met de cliënt meeleeft en verandering uit de cliënt zelf naar voren laat komen’ (pp 250; (Schippers & de Wildt, 2005).

Hoewel volop ondersteund door modellen en visies, is de empirische evidentie voor een aantal factoren niet eenduidig of soms zelfs onbekend. De KOP-visie is voor zover bekend (nog) niet onderbouwd door empirische gegevens. Van signalering en screening is wel bekend dat het kan leiden tot klachtenafname, hoewel dit vaak is onderzocht in combinatie met korte interventies (Saitz, 2010). Screening kan ook effectief zijn om mensen met een onbehandelde stoornis aan te zetten tot het zoeken van professionele hulp (Romijn et al., 2007). De status van het vergroten van de *mental health literacy* is tot nog toe ‘veelbelovend’ (Jorm, 2012; Reavley & Jorm, 2010), ook hier zal de toekomst moeten uitwijzen wat het effect is op factoren als hulpzoekgedrag, eigen-effectiviteit of klachtenafname.

Voor motiverende gespreksvoering, worden doorgaans bescheiden effecten vastgesteld op klachtenafname (Emmen, Schippers, Bleijenbergh, & Wollersheim, 2004; Nilsen, 2009; Reavley & Jorm, 2010; Saitz, 2010). Grotere effecten worden gevonden voor bereidheid tot verandering, motivatie tot behandeling en therapietrouw (Borsari, Murphy, & Carey, 2009; Zoon, 2012). Dit is in lijn met het hoofddoel van het Preventief Adviesgesprek: niet gericht op klachtenafname maar op het beïnvloeden van elementen die bijdragen aan gedragsverandering.

⁶ Waarbij punt e) een belangrijke cue to action voor de mantelzorgers en de ouders in relatie tot hun naaste kan zijn

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 interventie wordt uitgevoerd bij Arkin, een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam. De interventie is met name uitgevoerd binnen de verslavingspreventie (Jellinek Preventie) en binnen Arkin Jeugd en Gezin, beide onderdeel van Arkin.

In het eerste kwartaal van 2019 is een procesevaluatie naar het Preventief Adviesgesprek uitgevoerd. Hierin zijn de volgende vragen beantwoord:

1. Hoeveel deelnemers nemen deel aan het Preventief Adviesgesprek?
2. Wat is het oordeel van de deelnemers over dit Preventief Adviesgesprek?
3. Wat zijn de ervaringen van de uitvoerders met het Preventief Adviesgesprek?

Voor het beantwoorden van de eerste vraagstelling is gebruik gemaakt van administratieve informatie, voor de beantwoording van de tweede vraagstelling hebben 57 cliënten een vragenlijst ingevuld en hebben er drie meegewerkt aan een interview, en voor de derde vraagstelling zijn vier uitvoerders geïnterviewd over het draaiboek (inhoud en uitvoerbaarheid).

In de afgelopen 5 jaar bereikte het Preventief Adviesgesprek bijna 2500 personen. Dit betekent dat jaarlijks zo'n 500 mensen bereikt, waarvan het in bijna 45% van de gevallen ouders/verzorgers betreft, een ruime 25% is jongere, en een ruime 20% is naaste.

Op basis van de vragenlijsten ingevuld door 57 deelnemers (een respons van 55%) kan geconcludeerd worden dat voor iedereen wel één van de subdoelen van het Preventief Adviesgesprek wordt behaald, en voor zo'n 60% alle drie de subdoelen. Gemiddeld krijgt het Preventief Adviesgesprek een 8,1 (en er is een keer een 5 gegeven). Positieve resultaten uit de interviews met cliënten zijn de waardering voor de openheid en de professionaliteit. Resultaten die cliënten daar noemden varieerden van het krijgen van hoop, tot aan concrete zaken om nu al toe te passen.

Uitvoerders waren over het algemeen positief over het draaiboek, met als belangrijkste suggesties voor verbetering het verder concretiseren van het draaiboek (middels voorbeeldteksten), het aanpassen van het taalgebruik (minder ziekte, meer preventie) en de moeilijke uitvoerbaarheid en beperkt waargenomen toegevoegde waarde van het vervolgesprek. Signaleren en screenen bleek men niet gestructureerd te doen, mocht dit wel wenselijk zijn, dan had men behoefte aan training en concrete instructie.

Op basis van bovenstaande is een aantal aanpassen aan het draaiboek gedaan, waarvan de belangrijkste hieronder staan weergegeven:

- Het opnemen van voorbeeldteksten per doelgroep
- Het vervallen van het follow-up gesprek
- Meer aandacht voor screeningsinstrumenten, inclusief training in het gebruik daarvan.

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

- Zeer toegankelijk door laagdrempeligheid
- Inzicht in aard van de eigen klachten
- Inzicht in de ernst van de eigen klachten
- Inzicht in de samenhang tussen klachten, omgeving en persoonlijke stijl
- Een gesprek op maat met bijbehorend advies
- Inzicht in hulpbronnen, zowel uit de zorgsector als de eigen sociale omgeving
- Een zetje in de rug om iets aan de problemen of klachten te doen
- Door signalering en screening mogelijkheid voor tijdige te signalering

6. Aangehaalde literatuur

- Almeida, O. P. (2014). Prevention of depression in older age. *Maturitas*, 79(2), 136-141. Retrieved from <Go to ISI>:/WOS:000343362200002.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care*. Retrieved from
- Behrendt, S., Wittchen, H. U., Hofler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: is early onset associated with a rapid escalation? *Drug and Alcohol Dependence*, 2008/09/05, 68-78. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18768267>.
- Bolier, L., & Cuijpers, P. (2000). *Effectieve verslavingspreventie op school, in het gezin en in de wijk*. Retrieved from Utrecht:
- Borsari, B., Murphy, J. G., & Carey, K. B. (2009). Readiness to change in brief motivational interventions: a requisite condition for drinking reductions? *Addictive Behaviors*, 34(2), 232-235. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18990500>. doi:10.1016/j.addbeh.2008.10.010
- Brug, J., van Assema, P., & Lechner, L. (2012). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak* (8e druk ed.). Assen: van Gorcum/Open Universiteit.
- Cuijpers, P. (2006). De toekomst komt vanzelf; De beloften van preventieve en vroege psychologische behandelingen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 4-11.
- de Beurs, E., van Dyck, R., Marqueni, L. A., Lange, A., & Blonk, R. W. B. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stres. *Gedragstherapie*, 34, 18.
- de Lange, M., Matthys, W., de Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A., & Bastiaansen, I. (2018). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen*. Retrieved from Utrecht:
- de Vries, H. (2017). An integrated approach for understanding health behavior; the I-change model as an example. *Psychol Behav Sci Int*, 2(2), 555-585.
- de Vries, H. (2019). I-Change Model.
- Dennis, M., & Scott, C. K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addict Sci Clin Pract*, 4, 45-55. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18292710.
- Egan, G. (2012). *Deskundig hulpverleners. Een model, methoden en vaardigheden* (Vol. 11). Assen: van Gorcum.
- Emmen, M. J., Schippers, G. M., Bleijenberg, G., & Wollersheim, H. (2004). Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*, 328(7435), 318. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14729657>. doi:10.1136/bmj.37956.562130.EE
- GgzNederland. (2005). *preventie biedt perspectief. preventieprojecten binnen de ggz*. Retrieved from Amersfoort:
- Hendriks, V., Spijkerman, R., van Oort, M., Van de Glind, G., Müller, M., van der Schee, E., . . . de Jong, C. (2014). *Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten*. Retrieved from Utrecht:
- Ivens, Y., & Oliemans, A. (2012). *Wietwijs. Signaleringsmodule & begeleidingsmodule*. Amsterdam: Altra Jeugdzorg/Altra College, Jellinek Preventie.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*, 67(3), 231-243. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22040221>. doi:10.1037/a0025957
- Karsten, J., Hartman, C. A., Smit, J. H., Zitman, F. G., Beekman, A. T., Cuijpers, P., . . . Penninx, B. W. (2011). Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. *Br J Psychiatry*, 2011/03/02, 206-212. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21357879>.
- Kasten, S., van Osch, L., Candel, M., & de Vries, H. (2019). The influence of pre-motivational factors on behavior via motivational factors: a test of the I-Change model. *BMC Psychology*, 7(7). doi:<https://doi.org/10.1186/s40359-019-0283-2>
- Kempf, C., Llorca, P. M., Pizon, F., Brousse, G., & Flaudias, V. (2017). What's New in Addiction Prevention in Young People: A Literature Review of the Last Years of Research. *Frontiers in Psychology*, 8. Retrieved from <Go to ISI>:/WOS:000404798200001.

- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*(82), 858-866.
- Kok, H., Molleman, G., Saan, H., & Ploeg, M. (2005). *Handboek Preffi 2.0: riochtlĳn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ.
- Lamain, A., Hooimeijer, M., Visser, G., & Bennekomp, R. (2011). *Hoe u voorkomt dat de mantelzorg een patiënt wordt. Toolkit Mantelzorg in de huisartspraktijk*. Retrieved from
- LeNoue, S. R., & Riggs, P. D. (2016). Substance Abuse Prevention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 297-+. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000373652600013.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering* (3rd ed.): Ekklesia.
- Nabitz, U., Oudejans, S., Dekker, J., & van den Brink, W. (2011). Kwaliteit van de verslavingszorg. Opiniepeilingen onder de burgers in 1996, 1998, 2002, 2005 en 2008 naar de kwaliteit van de verslavingszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MgV)*.
- Nilsen, P. (2009). Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 21(6), 496-500. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19797951>. doi:10.1097/GCO.0b013e328332a74c
- Oudejans, S., & Spits, M. (2011). *Rapportage Telepanel 2011. Regiorapport Arkin*.
- Oudejans, S., & Spits, M. (2018). *Stigmatisering van mensen met een psychische aandoening in Nederland*. Retrieved from Amsterdam/Utrecht:
- Reavley, N., & Jorm, A. F. (2010). Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: a review. *Early Interv Psychiatry*, 4(2), 132-142. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20536969>. doi:10.1111/j.1751-7893.2010.00167.x
- Rijnders, P., & Heene, E. (2010). *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn* (Vol. 2nd). Amsterdam: Boom.
- Rijnders, P., & Heene, E. (2015). Het KOP-model: een generalistische richtlijn voor de Basis GGZ. *GZ-psychologie*(5), 26-29.
- Romijn, G., Ruiter, M., & Smit, F. (2007). *Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorlichting, vroegherkenning en terugvalpreventie*. Retrieved from Utrecht:
- Ruiter, M., Bransen, E., Van der Poel, A., & Boon, B. (2013). *GGZ- en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap*. Retrieved from Utrecht:
- Saitz, R. (2010). Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and Alcohol Review*, 29(6), 631-640. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20973848>. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x
- Schippers, G. M., & de Wildt, W. (2005). Motiverende gespreksvoering in Nederland. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering* (3rd ed.): Ekklesia.
- Sinadinovic, K., Wennberg, P., & Berman, A. (2012). **Targeting problematic users of illicit drugs with Internet-based screening and brief intervention: a randomized controlled trial**. *Drug and Alcohol Dependence*, 126(1-2).
- ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45, 153-163. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19381427.
- Tuithof, M., ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh, W., & de Graaf, R. (2016). Treatment Seeking for Alcohol Use Disorders: Treatment Gap or Adequate Self-Selection? *European Addiction Research*, 22(5), 277-285. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000381878900006.
- Tuithof, M., ten Have, M., Van Dorsselaer, S., Bransen, E., & De Graaf, R. (2016). Risico-indicatoren van emotionele stoornissen bij mantelzorgers. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde (TSG)*, 94(2), 73-80.
- van Dijk, S., Knispel, A., & Nuijen, J. (2011). *ggz in tabellen*. Retrieved from Utrecht:
- Zegwaard, M. I., Aartsen, M. J., Grypdonck, M. H. F., & Cuijpers, P. (2013). Differences in impact of long term caregiving for mentally ill older adults on the daily life of informal caregivers: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000317139800001.
- Zoon, M. (2012). *Wat werkt bij middelengebruik?* Retrieved from

7. Praktijkvoorbeeld

Situatieschets

Man en vrouw (rondom 60 jaar) komen op gesprek vanwege zwaar GHB verslaafde dochter (32 jaar). Zij is 15 jaar verslaafd, woont af en aan op zichzelf, heeft verschillende malen hulp gehad, vaak teruggevallen. Valt vaak terug op ouders. Dochter staat nu op de wachtlijst voor FACT. Er zijn nog twee dochters die op zichzelf wonen en waar het goed mee gaat.

Verloop adviesgesprek

Voorstellen en kennismaken

Ik ben gestart met mezelf voor te stellen. Ik heb aangegeven dat het gesprek maximaal een uur duurt en dat dit gesprek bedoeld is om hen praktische tips te geven en eventueel door te verwijzen naar meer gerichte ondersteuning of hulp. Alles wat wordt besproken is vertrouwelijk, mits er (acuut) gevaar is voor iemand binnen de betreffende gezinssituatie. We maken geen dossier aan en verwijderen eventueel verkregen telefoonnummers en mailgegevens na afloop. Daarna heb ik ze gevraagd wie ze zijn en wat de aanleiding voor ze is om hier te komen. Ik heb ze gevraagd wanneer dit gesprek voor hen een succes zal zijn en ze gecomplimenteerd dat ze hier nu zijn.

Fase 1: Het huidige beeld

Daarna zijn we gestart met het probleem te verhelderen (uitgevraagd naar gezinssituatie, werk, psychische en lichamelijke klachten).

Hun belangrijkste vraag op dit moment is hoe zij het beste met de situatie die al 15 jaar duurt om kunnen gaan. Het heeft effect op alle levensgebieden. Mevrouw is wanhopig en blijft dochter op allerlei gebied faciliteren om de situatie zo goed mogelijk te houden. Dit gaat ten koste van de twee andere kinderen die klagen dat alles altijd draait om de dochter met verslavingsproblematiek. Meneer is volledig uitgeblust. Hij is uitgevallen voor zijn werk, voelt zich down en energieloos. Zijn hoofd zit vol en sociale activiteiten zijn op de achtergrond geraakt. Alles draait om dochter. Hier heb ik verschillende screeningslijsten afgenomen:

- Spanningsklachten beoordelen
- Signaleren overbelasting naaste psychisch, lichamelijk en gedragsmatig.
- CSI

Hij scoorde op alledrie de lijsten hoog.

Over de signalen zijn we kort in gesprek gegaan.

Fase 2: Het gewenste beeld

Ik heb uitgevraagd waar de grootste zorgen zitten op dit moment en wat ze graag veranderd willen zien. We hebben bekeken welke acties uit het verleden goed hebben gedaan en ook bekeken welke acties ze nu ondernemen waar weinig tot geen effect te bemerken is.

We hebben vervolgens stilgestaan bij het netwerk van meneer en van mevrouw. Wat is helpend, wat geeft lucht en wat kost juist energie. Waar kan aan gebouwd worden?

Fase 3: De weg vooruit

Naar aanleiding van deze verheldering heb ik het aanbod van Sterk Ernaast uitgelegd. Meneer en mevrouw gaan in juni deelnemen aan de training 'Voor jezelf opkomen' om beter 'nee' te leren zeggen tegen hun dochter en meer voor zichzelf te kiezen.

Afronding gesprek

Ik heb daarna het gesprek samengevat en gevraagd wat ze het meest heeft geholpen. Zij gaven aan het heel fijn en verhelderend te vinden om alles zo op een rij te hebben gezet en zijn blij met de programma-uitleg van Sterk Ernaast. Ze gaven het gesprek een 9 en hebben vertrouwen gekregen hun eigen kwaliteit van leven te kunnen verbeteren de komende tijd.

Ik heb ze gevraagd wat na dit gesprek hun belangrijkste volgende stap wordt. N.a.v. de uitkomsten van de screeningsinstrumenten gaat meneer naar de huisarts om extra hulp voor zichzelf te vragen en uit te zoeken of hij daadwerkelijk een burn-out en/of depressie heeft opgelopen. Daarnaast start meneer in juni met de individuele 5 stappen training. Samen starten ze in juni met de training 'Voor jezelf opkomen'.

Ik heb het gesprek afgerond en aangegeven dat ik het knap van ze vindt dat ze vandaag de eerste stap hebben gezet om ondersteuning / hulp voor zichzelf te zoeken.