

Psychische kwetsbaarheid in je naaste omgeving

Handvatten voor naasten

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2021

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Trimbos-instituut
Postadres: Postbus 725, 3500 AS Utrecht
E-mail: info@trimbos.nl
Telefoon: 030-2971100

Website (van de interventie):

[Nieuwe naastencursus en train-de-trainer workshop - Trimbos-instituut](#)
[Psychische kwetsbaarheid in je naaste omgeving; handvatten voor naasten I 15 september 2022 - Trimbos-instituut](#)

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Els Bransen
E-mail : ebransen@trimbos.nl
Telefoon : 030-2959385

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Els Bransen
Titel interventie: Psychische kwetsbaarheid in je naaste omgeving
Databank(en): Loket Gezond Leven
Plaats, instituut: Bilthoven, RIVM
Datum: 31-12-2020

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.

[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> | 4 |
| Doelgroep | 4 |
| Doel | 4 |
| Aanpak | 4 |
| Materiaal | 4 |
| Onderbouwing | 4 |
| Onderzoek | 4 |
| 1. Uitgebreide beschrijving | 5 |
| Beschrijving interventie | 5 |
| 1.1 Doelgroep | 5 |
| 1.2 Doel | 6 |
| 1.3 Aanpak | 6 |
| 2. Uitvoering | 9 |
| 3. Onderbouwing | 11 |
| 4. Onderzoek | 15 |
| 4.1 Onderzoek naar de uitvoering | 15 |
| 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten | 15 |
| 5. Samenvatting Werkzame elementen | 16 |
| 6. Aangehaalde literatuur | 17 |
| 7. Praktijkvoorbeeld | 19 |

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

De betrokkenheid van naasten bij iemand met psychische kwetsbaarheid heeft vaak een grote impact op het eigen leven van de naaste(n). Doel van de cursus Psychische kwetsbaarheid in je naaste omgeving is het verminderen van de ervaren mentale overbelasting bij volwassen naasten van mensen met een psychische stoornis of psychische kwetsbaarheid. Deelnemers werken in zes bijeenkomsten van ongeveer twee uur met een of twee trainers aan bewustwording van eigen (emotionele) processen, vergroten van kennis- en vaardigheden en sociale steun. Ook oefenen deelnemers in het omgaan met de naaste en het samenwerken met zorgverleners en instanties. Het delen van eigen ervaringen wordt aangemoedigd. Een cursusgroep kent maximaal 10-12 personen. De cursus is opgezet vanuit het perspectief van psychische stoornissen als stigma, stresstheorie en contextuele hulpverlening.

Doelgroep – max 50 woorden

Doelgroep zijn volwassenen met behoefte aan ondersteuning bij het omgaan met en ondersteunen van hun naaste met psychische kwetsbaarheid. Denk aan partners, ouders, vrienden of (volwassen) kinderen. Deze naasten vervullen vaak een rol als mantelzorger. De symptomen van de psychisch kwetsbare persoon zijn ingrijpend - ook voor de naasten - en zodanig dat zorg noodzakelijk is.

Doel – max 50 woorden

Verminderen van ervaren mentale overbelasting bij volwassen naasten van mensen met psychische kwetsbaarheid.

Aanpak – max 50 woorden

In zes bijeenkomsten werken deelnemers met 1 of 2 trainers aan bewustwording van eigen (emotionele) processen, vergroten van kennis- en vaardigheden in omgaan met de naaste, werken aan sociale steun en samenwerken met zorgverleners. Delen van eigen ervaringen is belangrijk.

Materiaal – max 50 woorden

Er is een werkboek voor de cursusleider en een werkmap voor naasten/cursisten.

Onderbouwing – max 150 woorden

Psychische problemen komen veel voor in Nederland. Betrokken zijn bij iemand met psychische problematiek heeft vaak een grote impact op het eigen leven. Als mantelzorgers voelen deze naasten zich mentaal significant meer overbelast dan andere mantelzorgers (De Klerk e.a., 2015; Wittenberg e.a., 2012). Deze ervaren mentale overbelasting valt te begrijpen vanuit het perspectief van psychische stoornissen als stigma, stresstheorie en (gebrek aan) contextuele hulpverlening. Groepsgewijze interventie gericht op het vergroten van kennis en vaardigheden (psycho-educatie), onderkennen van de eigen psychologische reacties, organiseren van steun en lotgenotencontact vermindert gevoelens van mentale overbelasting. Op grond van deze bevindingen richt de training zich op: *Inzicht krijgen* in de aard en impact van psychische kwetsbaarheid op de (toekomstige) levenssituatie van alle betrokkenen, *Bewustwording van eigen gevoelens* t.a.v. de impact van deze psychische kwetsbaarheid en leren verwoorden van eigen wensen en behoeften, *Onderkennen van het belang en ontwikkelen van vaardigheden tot het organiseren van sociale steun* en *Oefenen* van vaardigheden voor het samenwerken in de triade van cliënt, naaste(n) en hulpverlening.

Onderzoek – max 100 woorden

Uit procesevaluaties van de pilotversie van de cursus bij twee GGZ organisaties en bij een steunpunt mantelzorg bleek dat de cursus (zeer) aantrekkelijk is voor de doelgroep. Gemiddeld overall rapportcijfer voor de cursus lag tussen de 8 (online variant) en 9-.

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?

Doelgroep zijn volwassenen met behoefte aan ondersteuning bij het omgaan met en ondersteunen van hun naaste met psychische kwetsbaarheid dat wil zeggen, psychische kwetsbaarheid of een (gediagnosticeerde) psychische aandoening. Deze volwassenen zijn familieleden zoals partners, ouders, (schoon)dochters, (schoon)zonen, zussen of broers en/of vrienden, burens of collega's. Zij vervullen vaak - meer of minder intensief - een rol als mantelzorger. De psychische kwetsbaarheid is zodanig dat zorg en/of behandeling noodzakelijk is. De symptomen zijn voor de persoon zelf en ook voor de naasten ingrijpend.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Nee

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. Meestal zullen het naasten zijn met een rol als mantelzorger. Werving vindt plaats via de hulpverlener van de naaste met psychische kwetsbaarheid, lokale/regionale familieorganisaties, familievertrouwenspersoon, familieraad en gemeentelijke mantelzorgconsulenten. Na de aanmelding volgt een kennismakingsgesprek met de potentiële deelnemer(s). Dit gesprek wordt gevoerd door de trainer(s). Trainer en potentiële deelnemer bepalen samen of de inhoud van de cursus passend is bij de motivatie en de situatie waarin de naaste verkeert. 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 maximaal 10-12 deelnemers mee. De trainer(s) zorgen ervoor dat de samenstelling van de groep zodanig is dat alle deelnemers in principe aansluiting bij elkaar kunnen vinden. Contra-indicaties zijn moeilijk vooraf vast te leggen, het gaat om de uitkomst van het intakegesprek waarin zowel potentiële deelnemer als trainer hun inbreng hebben. Mogelijke criteria zouden kunnen 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 voorzitter van MIND Ypsilon, vereniging van familieleden en naasten van mensen met psychosegevoeligheid was als adviseur betrokken bij de totstandkoming van de cursus. In de ontwikkelfase hebben diverse (ervaringsdeskundige) familieleden meegedacht en commentaar gegeven. Het werkboek van de cursus is aangepast op basis van de evaluatiegegevens van de deelnemers aan pilot-uitvoeringen van de cursus.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het verminderen van ervaren mentale overbelasting bij volwassen naasten van mensen met psychische kwetsbaarheid.

Subdoelen – max 350 woorden

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

De cursus heeft de volgende subdoelen:

1. De deelnemers hebben inzicht in de aard en impact van psychische kwetsbaarheid op de (toekomstige) levenssituatie van de naaste en zichzelf;
2. De deelnemers worden zich bewust van hun eigen gevoelens ten aanzien van de impact van deze psychische kwetsbaarheid en kunnen hun eigen wensen en behoeften verwoorden;
3. De deelnemers onderkennen het belang van sociale steun en weten dit te organiseren. Zij vragen hulp wanneer dit nodig is;
4. De deelnemers voelen zich in staat tot samenwerken in de triade (cliënt, naasten en hulpverlening).

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.

Deelnemers werken in een groep onder begeleiding van een of twee trainers gedurende zes bijeenkomsten aan bewustwording van eigen (emotionele) processen, verbeteren van de zelfzorg en passend vormgeven van de verhouding tussen cliënt, naaste en zorgverleners. Dit gebeurt door middel van kennisvergroting (waaronder psycho-educatie), delen van eigen ervaringen, vaardigheden oefenen en onderkenning van het belang van sociale steun en het organiseren daarvan.

In elke bijeenkomst krijgen deelnemers oefeningen aangeboden die hen uitdagen om nieuw gedrag aan te leren. De oefeningen volgen de didactische leerlijn van Karin de Galan (De Galan, 2015). De nadruk ligt op het begrijpen van wat de veranderingen als gevolg van de psychische kwetsbaarheid bij zowel degene met de psychische problemen als de naaste hebben teweeggebracht en wat dat betekent in de relatie en hoe daarbij aan te sluiten.

Er wordt gewerkt met een vaste, gestructureerde opzet, omschreven in de handleiding voor trainers. Per programmaonderdeel kunnen trainers 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.

De interventie kan ook online worden uitgevoerd. Dit vraagt extra tijd en (technische) voorbereiding van de cursusbegeleiders waaronder het in groepjes kunnen zetten van de deelnemers.

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

Werving van deelnemers vindt plaats via de (ex-)hulpverlener van de naaste met psychische kwetsbaarheid. Dit kan een GGZ-hulpverlener zijn maar ook een huisarts, poh-ggz of wijkteammedewerker. Afhankelijk van de bestaande samenwerking in de betreffende gemeente of regio kan de werving ook verlopen via mantelzorgconsulenten. Tenslotte is een open werving mogelijk via huis-aan-huisbladen of lokale media. Na een kennismakingsgesprek van de trainer(s) met de potentiële deelnemer(s) bepalen zij samen of de inhoud van de cursus passend is bij de motivatie en de situatie waarin de potentiële deelnemer(s) verkeren. Indien nodig wordt advies gegeven over een ander (hulp)aanbod.

Werkwijze

De zes bijeenkomsten van de cursus kennen een vaste inhoud. Iedere bijeenkomst duurt twee uur, inclusief een pauze. Educatieve middelen die gebruikt worden zijn o.a. brochures, literatuur en websites. Daarnaast zijn er inleidingen door de trainer, kijkopdrachten, groepsgesprekken, uitwisseling in tweetallen, rollenspel, schrijfopdrachten en maken van actieplannen. De deelnemers krijgen de gelegenheid om iets in te brengen wanneer zij dat willen waarbij de trainer een evenwichtige inbreng door de deelnemers bewaakt. Aan het einde van elke bijeenkomst is er gelegenheid om stoom af te blazen en te vertellen hoe men de bijeenkomst heeft ervaren.

Visie

De cursus gaat uit van het herstelprincipe zoals dat tegenwoordig in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in bredere zin gangbaar is. Zorg richt zich in deze visie niet alleen op 'genezing' maar richt zich erop dat mensen weer verder kunnen met hun leven. Er zijn immers ook mensen met chronische aandoeningen die niet kunnen genezen. Zij kunnen wel herstellen ofwel: hun balans hervinden na een ingrijpende gebeurtenis zoals de confrontatie met psychische kwetsbaarheid. In deze visie op gezondheidszorg is gezondheid 'het vermogen zich aan te passen en regie te voeren in het licht van de uitdagingen en beperkingen van het leven'. Belangrijk hierbij is dat herstel altijd plaatsvindt binnen de persoonlijke context wat betekent dat de confrontatie met psychische kwetsbaarheid niet alleen de getroffene raakt maar ook de naasten. Naasten van mensen met psychische problemen/kwetsbaarheid zullen dan ook vaak een eigen herstelproces (moeten) doormaken. Dat is belangrijk voor hun eigen kwaliteit van leven maar kan er ook aan bijdragen dat zij hun naaste met psychische kwetsbaarheid beter kunnen ondersteunen. De cursus volgt daarmee de vernieuwde (tweede versie van de) GGZ-kwaliteitsstandaard Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problemen, zie [1. Introductie - Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek | GGZ Standaarden...](#)

Inhoud van de bijeenkomsten

Eerste bijeenkomst: kennismaking

Tijdens de eerste bijeenkomst maken de deelnemers kennis met elkaar en met de cursus. Er is aandacht voor de werkwijze en huisregels, leerdoelen en huiswerk. Ook het eigen netwerk van de naaste wordt besproken. Deelnemers vullen de vragenlijst EDIZ (Ervaren druk door Informele Zorg; Pot et al. 1995) in.

Tweede bijeenkomst: Wat is er aan de hand met mijn naaste?

Tijdens deze bijeenkomst komen de verschijnselen en (informatie over) het ziektebeeld van degene met psychische kwetsbaarheid op interactieve wijze aan de orde. In hoeverre begrijpen de naasten wat er gebeurt? Weten zij hoe ermee om te gaan? Waar ze informatie over de aandoening/kwetsbaarheid kunnen verkrijgen? Dat zij een aandeel in de behandeling kunnen hebben en hoe zij degene met psychische kwetsbaarheid kunnen steunen? Aan de orde komt ook dat:

- Het niet zeker is dat je naaste weer de oude zal worden maar mogelijk wel een nieuw evenwicht vindt;
- Naast behandeling, medicatie en gesprekken de liefde van naasten wezenlijk is;
- Bewustzijn van je eventuele vraagverlegenheid belangrijk is en aanvaarding dat je als naaste zelf hulp nodig kunt hebben en mag vragen <https://www.ypsilon.org/toolkit-vraagverlegenheid>;
- Ook eventuele 'andere' naasten aandacht nodig hebben.

De inzet is dat deelnemers naast kennis over de kwetsbaarheid en problematiek van hun naaste ook inzicht krijgen in hun eigen kwetsbaarheden, leren verwoorden welk gedrag van hun naaste zij moeilijk vinden en inzicht krijgen in de manier waarop hun eigen gedrag de naaste beïnvloedt.

Derde bijeenkomst: Wat betekent dat voor mij?

Tijdens deze bijeenkomst staan we stil bij de emotionele en sociale gevolgen voor de deelnemers zelf. Centraal staan de (emotionele) processen en praktische problemen die zij ervaren als gevolg van de psychische aandoening/kwetsbaarheid van de naaste. Door uitleg, oefeningen en uitwisseling van ervaringen krijgen de deelnemers inzicht in de eigen gevoelens (angst, boosheid, schuld, rouw) en tips aangereikt voor het omgaan met praktische problemen en (negatieve) reacties van de omgeving. Daarbij zijn lotgenotencontact en het uitwisselen van ervaringen belangrijke instrumenten. De deelnemers staan individueel of in groepjes stil bij de verschillende rollen die naasten kunnen hebben en denken na over de rollen die zijzelf zouden willen vervullen. De trainers maken daarbij gebruik van de werkkartaal voor het betrekken van naasten behorend bij de GGZ-kwaliteitsstandaard Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek:

https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/site_products/481991eddd565a6cf89cc14bec11e56d.pdf.

Vierde bijeenkomst: Hoe werkt samenwerken, afstemmen en samen beslissen?

In deze bijeenkomst werken we er naar toe dat deelnemers vaardigheden krijgen om een gelijkwaardige rol in te nemen in de driehoek (triade) hulpverlener, cliënt en naaste(n). Samenwerking in de triade van hulpverlener, cliënt en naaste is helaas nog niet altijd de gangbare praktijk. In de bijeenkomst is aandacht voor de obstakels voor samenwerking bij hulpverleners, degene met psychische klachten en/of de naasten zelf. Ingegaan wordt op de verschillende aspecten van privacybescherming, rol- en taakopvatting van de naaste, de familievertouwenspersoon en het familie- en naastenbeleid van instellingen. De deelnemers oefenen in het verbeteren van hun vaardigheden in het samenwerken in de triade. Afhankelijk van hun ervaringen kan de verbetering gericht zijn op de samenwerking met de hulpverlener, de naaste met psychische kwetsbaarheid of de andere naasten.

Vijfde bijeenkomst: Welke bijdrage kun jij als naaste leveren?

Nu de deelnemers meer inzicht hebben in de psychische kwetsbaarheid van hun naaste, wat dat met henzelf doet en hoe ze kunnen samenwerken met de hulpverlening, staat in deze bijeenkomst de dagelijkse praktijk van het omgaan met degene met psychische problemen centraal. Besproken wordt wat er kan komen kijken bij behandeling en herstel, afhankelijk van de setting en de fase waarin degene met psychische kwetsbaarheid zich bevindt. Met behulp van oefeningen gaan de deelnemers ervaren hoe zij ondersteunend (kunnen) zijn in het behandel- en herstelproces van de naaste met psychische kwetsbaarheid en wat daarbij hun eigen grenzen en belemmeringen zijn. Ze leren rekening te houden met het tempo van de client, hun behoeften te delen met derden en een reële kijk te krijgen op mogelijkheden en onmogelijkheden. Centraal staat hierbij hoe zij ook goed voor zichzelf kunnen blijven zorgen en aandacht kunnen hebben voor anderen in de naaste omgeving. De inzet is het gevoel van competentie van de naasten te vergroten. Hiermee versterken zij hun gevoel invloed te kunnen uitoefenen op hun eigen situatie en dat vermindert het gevoel van stress en machteloosheid.

Zesde bijeenkomst: Evaluatie en hoe verder?

Tijdens deze laatste bijeenkomst onderzoeken de deelnemers wat ze geleerd hebben en hoe ze na deze bijeenkomst verder gaan. Alle thema's en processen die tijdens de bijeenkomsten aan de orde zijn geweest worden nagelopen en nog eens kort toegelicht. Deelnemers krijgen daarbij de kans om desgewenst nog iets te oefenen. Vervolgens worden ze uitgenodigd om af te sluiten met wat ze hebben opgestoken van de cursus en hoe ze daarmee verder gaan. Aan het begin van deze bijeenkomst vullen de deelnemers opnieuw de vragenlijst EDIZ in.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

Het Trimbos-instituut heeft een werkboek voor trainers uitgebracht (artikelnummer AF1816). Deze uitgave is op aanvraag verkrijgbaar in combinatie met een cursus. Het werkboek bevat verwijzingen naar boeken, brochures, voorstellingen, films, organisaties en websites over psychische gezondheid en -problematiek. Als bijlage is de vragenlijst opgenomen voor het meten van de uitkomsten van de cursus (EDIZ), een vragenlijst voor het meten van de tevredenheid van de deelnemers met de cursus en een samenvatting van de kwaliteitsstandaard Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek met bijbehorende werkkaarten.

Voor de deelnemers aan de cursus is er een werkmap met uitleg over de cursus, opdrachten voor de verschillende bijeenkomsten en verwijzingen naar informatieve websites, boeken, brochures en artikelen. Ook zijn de vragenlijsten in deze werkmap opgenomen. De uitvoerende organisatie ontvangt deze werkmap op verzoek digitaal zodat zij hem 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 of tijdens de eerste bijeenkomst.

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?

Allereerst is een GGZ-aanbieder de geëigende organisatie om de cursus aan te bieden. Veel GGZ-instellingen hebben tegenwoordig Herstelwerkplaatsen en FACT-teams die met Resource groepen (zie: [Onderzoek – Resourcegroepen \(ract.nl\)](http://Onderzoek-Resourcegroepen.ract.nl)) werken waarbinnen deze cursus voor naasten goed kan passen. Steunpunten Mantelzorg en andere lokale organisaties voor informele zorg hebben interesse getoond in het volgen van een cursus om deze cursus te gaan aanbieden. Dat zou passend kunnen zijn, zeker als zij in verbinding staan met teams voor GGZ in de wijk en familieorganisaties in de GGZ.

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 trainers. De trainer is begeleider van het (beginnend) herstelproces van de naaste en stimuleert mensen hun verantwoordelijkheid daarin te nemen. De rol van trainer vereist daarmee andere vaardigheden dan bijvoorbeeld de rol als hulpverlener. Trainers 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. Trainers hebben een hbo-opleiding verpleegkunde, maatschappelijke zorg/SPH of daarmee vergelijkbare opleiding en zijn goed bekend met de GGZ. Zij hebben een cursus gevolgd in het werken met het draaiboek en hebben ervaring met het begeleiden van groepen.

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. De contactpersoon voor de interventie is altijd beschikbaar voor uitvoerders die de train-de-trainer workshop bij het Trimbos-instituut hebben gevolgd. Deze workshop wordt regelmatig aangeboden. Eventueel benodigde aanpassingen kunnen op die manier aan het licht komen.

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 volgen van een train-de-trainer workshop bij de ontwikkelaars van de cursus nodig. Deze train-de-trainer workshop wordt regelmatig via de Trimbos Academie van het Trimbos-instituut en op aanvraag aangeboden. Trainers moeten in de gelegenheid worden gesteld om deze workshop te kunnen volgen. Ook is ruimte voor intervisie gewenst. Daarnaast dienen aanbieders van de cursus hun sociale kaart en doorverwijsnetwerk op orde te hebben om 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.

Het Trimbos-instituut bevordert de verdere implementatie van de cursus door het regelmatig aanbieden van een train-de-trainer workshop met daaraan gekoppelde berichtgeving op de sociale media en haar eigen website. Bovendien zoekt de contactpersoon voor de interventie gericht naar fondsen die verdere implementatie mogelijk maken. Met name zal worden gezocht naar mogelijkheden voor een onderzoek naar de effectiviteit van de cursus. Positieve uitkomsten kunnen de verdere implementatie bevorderen. Verder zijn de korte lijntjes van de ontwikkelaars van de cursus en het Trimbos-instituut met de Alliantie Kwaliteit GGZ (Akwa GGZ) helpend. Deze organisatie richt zich namelijk op de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden in de brede GGZ waaronder die voor Samenwerking en Ondersteuning Naasten. Ook de samenwerking van het Trimbos-instituut met Ypsilon, Labyrint In Perspectief, MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Mantelzorg NL en Movisie rondom het thema Mantelzorg GGZ, kan de implementatie bevorderen.

Kosten – max 200 woorden

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

We gaan bij deze kostenberekening uit van 10 cursusdeelnemers en 2 trainers met uurtarief van €75

Materiële kosten:

| | |
|----------------------|--------------------------|
| Locatie | nader te bepalen |
| Consumpties | €100 (bij 10 deelnemers) |
| Wervingsmaterialen | €500 (posters, flyers) |
| Werkmap voor naasten | €100 (bij 10 deelnemers) |
| Train-de-trainer | €395 per deelnemer |

Personele kosten (à uurtarief €75):

| | |
|--|--------|
| 7 uur volgen train-de-trainer workshop | € 1050 |
| Coördinatie werving 24 uur | € 1800 |
| Kennismakingsgesprekken houden 10 uur | € 750 |
| Uitvoering bijeenkomsten 6 x 2 uur (1 trainer) | € 1800 |
| Evaluatie cursus 4 uur | € 600 |
| Totaal | € 6000 |

Werkmappen voor de deelnemers worden in de regel gefinancierd uit een deelnamevergoeding door de deelnemers.

De kosten voor iedere vervolgitvoering van de cursus bedragen, bij dezelfde cursusleiders, uiteraard bovenstaand bedrag minus de kosten voor de train-de-trainer.

Hiermee zijn de kosten voor iedere uitvoering van de cursus, wanneer de cursusleiders reeds geschoold zijn €4950. Dit is dan 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 komen veel voor in Nederland.

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). Naar schatting van de Consensusgroep EPA (Ernstige Psychische Aandoeningen) hebben 281.000 mensen in de Nederlandse bevolking een 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. Een recente quickscan van het Trimbos-instituut liet zien dat 840.000 jongvolwassenen met een psychische aandoening kampen met soms grote gevolgen voor hun functioneren op belangrijke levensgebieden, zoals opleiding, werk, sociale relaties, huisvesting en financiën (Nuijen e.a. 2019).

Naasten van mensen met psychische problemen lopen meer risico op mentale overbelasting

Psychische problematiek raakt niet alleen de patiënt maar ook zijn naasten zoals partners, ouders, (volwassen) kinderen, overige familie en vrienden. Vaak heeft (de zorg om) degene met psychische problemen een grote impact op het eigen leven van naasten. 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 (Magliano, 2008). Uit het onderzoek *De zorg blijft: een onderzoek onder familieleden en andere relaties van mensen met (langdurige) psychische problemen* van Kwekkeboom (2000) blijkt dat 57% van de respondenten last had van de verstoring van het eigen leven. De grote impact blijkt ook uit het gegeven dat naasten die mantelzorg verlenen aan iemand met psychische problemen in vergelijking met mantelzorgers van mensen met een fysieke zorgbehoefte significant meer ernstige overbelasting ervaren (De Boer en De Klerk 2020; Wittenberg e.a., 2012). Uit het eerder genoemde nemesis-2 bevolkingsonderzoek blijkt dat bij mantelzorgers van mensen met psychische problemen meer emotionele stoornissen voorkomen dan bij andere mantelzorgers in de leeftijdsgroep 21-68 jaar (Tuithof et al., 2015). Mentale overbelasting draagt in belangrijke mate bij aan het ervaren van een minder goede kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven kent verschillende dimensies zoals de mentale en fysieke gezondheid, sociaal economische situatie, huisvesting, omgeving (veiligheid) et cetera (zie: [Kwaliteit van leven | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](#)). Binnen de (mentale) gezondheidsdimensie van kwaliteit van leven is mentale overbelasting een belangrijke factor.

Naasten van mensen met psychische kwetsbaarheid hebben ondersteuning nodig

Naasten met een rol als mantelzorgers in het algemeen geven aan behoefte te hebben aan informatie, advies en begeleiding (De Boer, Plaisier & De Klerk, 2019). 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 deze specifieke groep naasten en zorg voor hun (emotionele) veerkracht (De Boer e.a. 2020). De cursus 'Psychische kwetsbaarheid in je naaste omgeving' speelt hierop in.

De groep naasten van mensen met psychische kwetsbaarheid groeit

In 2019 gaf ongeveer 35% van de 16-plussers (circa 5 miljoen mensen) in Nederland mantelzorg aan bekenden, van wie 830.000 langdurig en intensief (De Boer e.a. 2020). Vergeleken met 2014 werd er in 2019, significant vaker hulp gegeven aan mensen met psychische of psychosociale problemen, zoals een depressie, angststoornis, eenzaamheid of verslaving. Het betreft een op de acht mantelzorgers. Deze mantelzorgers zijn relatief vaak directe naasten zoals partners, ouders of (volwassen) kinderen omdat het sociale netwerk van mensen met psychische problemen of kwetsbaarheid vaak klein is (geworden).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Diverse onderzoeksgegevens – met name die over naasten met mantelzorgtaken - werpen licht op mogelijke oorzaken van de ervaren mentale overbelasting door naasten van mensen met psychische kwetsbaarheid.

- De emotioneel zware zorgsituatie zelf

Naasten die emotionele steun verlenen aan een directe naaste in de eigen leefomgeving lopen meer kans op een emotionele stoornis (en mentale overbelasting vormt een risicofactor daarvoor) dan naasten met andere mantelzorgtaken. Naasten van mensen met psychische problemen verlenen vaak dit type mantelzorg (Tuithof e.a., 2016). Het omgaan/leven met een naaste met psychische kwetsbaarheid/stoornis kan leiden tot spanningen in de onderlinge relaties, verstoring van huishoudelijke routines, afname van sociale steun en financiële problemen (Magliano 2008; Kwekkeboom 2000). Ook zijn er emotionele gevolgen doordat de relatie met degene met psychische problematiek in negatieve zin verandert bijvoorbeeld van een man-vrouw relatie is het een moeder-kind relatie geworden (Wittenberg e.a., 2012).

- Het maatschappelijke taboe op psychische stoornissen
Hoewel de meerderheid van de respondenten van de 'Monitor taboe psychische klachten' aangeeft een positieve houding te hebben jegens mensen met psychische klachten of aandoeningen (Veldkamp e.a., 2021), ervaren mensen met psychische problemen en hun naasten dat vaak niet als zodanig (Van Weeghel e.a., 2016). En het NEMESIS-2-onderzoek onder de Nederlandse bevolking laat zien dat de positieve houding zich beperkt tot mensen buiten de eigen naaste kring. Als het gaat om een psychische aandoening bij een schoonzoon of babysitter bleek meer dan 70% van de Nederlanders daar moeite mee te hebben (Ten Have et al., 2015). Een vergelijking met eerdere Nederlandse bevolkingsonderzoeken laat zien dat sinds 1987 de bereidheid om mensen met een psychische aandoening in het eigen leven toe te laten niet sterk verbeterd is (Trimbos-instituut).
- Een gebrek aan sociale steun
Mantelzorgers in het algemeen hebben meer kans op een emotionele stoornis (en mentale overbelasting vormt een risicofactor daarvoor) als zij een beperkt vangnet hebben (beperkte sociale steun, geen betaald werk, zonder partner wonen) (Tuithof e.a., 2016). Een beperkt vangnet en met name het ontbreken van sociale steun komt vaker voor bij mantelzorgers van mensen met psychische problemen (Livingston & Boyd, 2010). Deze mantelzorgers willen niet zomaar bij iedereen om hulp aankloppen en ervaren meer dan gemiddeld drempels om sociale steun te organiseren (Plaisier en Schyns 2015).
- Tekortschietende kennis en vaardigheden
Naasten van mensen met psychische problematiek of kwetsbaarheid hebben - zeker bij het begin van de problemen - vaak niet voldoende kennis over de aandoening of symptomen van de naaste en hoe daarmee om te gaan. Ook zijn ze niet altijd voldoende op de hoogte van de mogelijkheden van de hulpverlening. De onzekerheid en het gevoel er alleen voor te staan leidt bij hen tot mentale overbelasting (Wittenberg e.a., 2012).
- Mentale taxatie en omgang met de situatie
Eigen negatieve psychologische reacties van naasten op de (mogelijk blijvende) psychische kwetsbaarheid van hun naaste kunnen leiden tot het ervaren van mentale overbelasting. Dit valt te begrijpen vanuit het stress-theoretisch model van Lazarus & Folkman (1984). Dit model laat zien dat de mate waarin het bieden van mantelzorg tot overbelasting en negatieve consequenties voor de eigen gezondheid leidt samenhangt met 'coping' ofwel de wijze waarop mensen omgaan met een moeilijke situatie. De wijze van omgaan (coping) is resultante van een taxatieproces: bepalend is de mate waarin de mantelzorger de situatie (= het hebben van een naaste met een psychische stoornis) als al dan niet bedreigend voor het eigen welbevinden taxeert en de eigen vaardigheden als voldoende inschat om met deze situatie om te gaan. 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. Ook een negatief kritische houding en/of emotionele overbetrokkenheid vergroten de ervaren mentale overbelasting bij de naaste doordat de relatie met degene met psychische kwetsbaarheid hierdoor verslechtert (Möller-Leimkuhler, 2005; Bailey & Grenyer, 2015).
- Frictie in de relatie met hulpverlenende instanties
Ondanks de waarde die in de breed onderschreven GGZ-kwaliteitsstandaard 'Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek' wordt toegekend aan een systeemgerichte aanpak, benaderen veel GGZ-professionals de cliënt nog vaak als een individu los van zijn context. Geen gehoor vinden en niet betrokken worden bij de zorg voor de naaste met psychische problemen levert veel stress (en daarmee mentale belasting) op voor naasten. De oprichting van organisaties van en voor familieleden (en andere naasten) van mensen met psychosen, angst en dwang, borderline, bipolaire en 'gewone' depressies in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw waren hier een antwoord op. Diverse publicaties van ervaringsdeskundige naasten in de GGZ getuigen ervan evenals de ervaringen van de Landelijke stichting Familievertrouwenspersoon (zie: <https://www.naasteninkracht.nl>).

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

De cursus 'Psychische kwetsbaarheid in je naaste omgeving' richt zich op het aanpakken van de volgende factoren die een rol spelen bij het ontstaan van mentale overbelasting bij naasten mensen met psychische kwetsbaarheid.

- Tekortschietende kennis en vaardigheden
Hierbij hoort subdoel 1: De deelnemers hebben inzicht in de aard en impact van psychische kwetsbaarheid op de (toekomstige) levenssituatie van de naaste en zichzelf;
- Mentale taxatie en omgang met de situatie
Hierbij hoort subdoel 2: De deelnemers zijn zich bewust van hun eigen (negatieve) gevoelens ten aanzien van de impact van de psychische kwetsbaarheid van hun naaste en kunnen hun eigen wensen en behoeften verwoorden;
- Gebrek aan sociale steun
Hierbij hoort subdoel 3: De deelnemers onderkennen het belang van sociale steun en weten dit te organiseren. Zij vragen hulp wanneer dit nodig is;
- Frictie in de relatie met hulpverlenende instanties
Hierbij hoort subdoel 4: De deelnemers voelen zich in staat tot samenwerken in de triade (cliënt, naasten en hulpverlening).

Verantwoording – max 1000 woorden

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

| Aan te pakken factor | Subdoel | Aanpak/werkwijze |
|------------------------|--|--|
| Kennis en vaardigheden | Inzicht in de aard en impact van psychische kwetsbaarheid | Interactieve psycho-educatie waarbij wordt aangesloten op de ervaringskennis van de deelnemers; informatieoverdracht |
| Taxatie en omgaan | Bewustzijn eigen gevoelens en wensen en behoeften kunnen verwoorden; | Creëren veilige sfeer, uitwisseling tussen de deelnemers, inzicht gevende oefeningen |
| Sociale steun | Onderkennen belang van sociale steun en weten dit te organiseren. | Lotgenotencontact, inzicht krijgen in eigen netwerk (ecogram maken) |
| Frictie in de triade | In staat zijn tot samenwerken in de triade | Informatieoverdracht, oefenen |

Kennis en vaardigheden

Inzicht in de aard en impact van psychische kwetsbaarheid (subdoel 1) kan bijdragen aan het ontwikkelen van een reële inschatting van de gevolgen van de confrontatie met een psychische stoornis. Psycho-educatie is hiervoor de aangewezen aanpak. Daarom wordt in bijeenkomst 2 van de cursus op interactieve wijze aan psycho-educatie gewerkt met als kernboodschap: Als u begrijpt wat er gaande is met uw dierbare en zijn kwetsbaarheden en die van uzelf onderkent dan zult u beter in staat zijn om steun te bieden. Psycho-educatie is in zijn algemeenheid idealiter een belangrijk onderdeel van geestelijke gezondheids- en psychiatrische zorg. Het kan individueel of in een groep worden gegeven, met alleen de cliënt of ook met zijn naasten erbij. Zowel in Nederland als daarbuiten (met name in de Verenigde Staten, Australië en Groot-Brittannië) hebben naasten zich sinds de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw georganiseerd in zogeheten familieorganisaties en aandacht gevraagd voor hun behoefte aan begrip en ondersteuning. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van psycho-educatieve cursussen en trainingen specifiek voor naasten. In deze cursussen staat de ervaringskennis van de deelnemers centraal en wordt op interactieve wijze kennis gedeeld. Deze interventies laten goede resultaten zien bij de deelnemers (naasten van mensen met psychische stoornissen) zoals een afname van ervaren overbelasting, spanningsklachten en depressieve gevoelens (Lucksted e.a. 2012; Dixon e.a., 2010; Mc Farlane, 2004). 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 (Yesufu-Udechuku e.a. 2015).

Taxatie en omgaan

Bewustzijn en verwoorden van eigen (negatieve) gevoelens en behoeften bij de ingrijpende gebeurtenis die psychische kwetsbaarheid binnen een familie-, gezins- of vriendschapsrelatie vormt (subdoel 2) kan de taxatie van de situatie als mentaal belastend nuanceren. Het kan ruimte geven om er anders mee om te

gaan. Dit is een onlosmakelijk onderdeel van psycho-educatieve cursussen en trainingen voor naasten en daarom maakt dit deel uit van de tweede bijeenkomst van de cursus. Uitgelegd wordt hoe de wijze waarop mensen omgaan met een moeilijke situatie tot gevoelens van mentale overbelasting kunnen leiden. Kunnen zij de situatie onder ogen zien? voldoende aandacht geven aan hun gevoelens van rouw en verlies (Slaats, 2011)? Zijn ze in staat om anderen om hulp te vragen (Baars & van Meekeren, 2013)? Onderbouwing van het belang van inzicht in de eigen taxatie en wijze van omgaan voor het ontstaan van mentale overbelasting is te vinden in het hiervoor genoemde onderzoek naar psycho-educatieve interventies voor naasten. Ook het onderzoek naar interventies gericht op het verminderen van ervaren mentale overbelasting (burn-out) bij werkenden die hun basis hebben in de „stress-coping theorie” van Lazarus en Folkman (1984) kan dit onderbouwen. Zie bijvoorbeeld Rhenen e.a. (2005) die een positief effect vonden van een op deze theorie gebaseerd stressreductie programma op psychisch welbevinden, burn-out gevoelens en vermoeidheid bij mensen met klachten over werkstress.

Sociale steun

Onderkennen van het belang van sociale steun en weten hoe dit te organiseren (subdoel 3) kan eraan bijdragen dat de factor ‘gebrek aan sociale steun’ wordt aangepakt. Naasten van mensen met psychische kwetsbaarheid voelen zich er vaak alleen voor staan en hebben het idee dat ze geen steun van anderen kunnen verwachten omdat die het toch niet begrijpen (Klaassen, 2014; Slaats, 2013). In een onderzoek naar hun ervaringen gaven familieleden van cliënten met diverse ziektebeelden en in verschillende zorgsituaties aan dat hun naaste met psychische kwetsbaarheid zich in gezelschap van anderen - ook bij de hulpverlening - vaak beter voordoet, dan wanneer hij of zij alleen is met de eigen familie. De omgeving denkt vervolgens dat er niets aan de hand is (Bron, 2004). Gedurende de gehele cursus worden de deelnemers gestimuleerd om ervaringen met elkaar te delen, om te leren gaan met negatieve reacties vanuit de omgeving en praktische manieren te vinden om sociale steun te organiseren voor zichzelf. Dergelijk lotgenotencontact vermindert het gevoel van overbelasting (Dixon e.a., 2010).

Frictie in de triade

Kunnen samenwerken in de triade van cliënt, naasten en hulpverlening (subdoel 4) kan de frictie in de triade doen afnemen (en daarmee bijdragen aan een afname van de ervaren mentale overbelasting van naasten). Daarom wordt in cursus met behulp van oefeningen en werkkaarten van de GGZ-kwaliteitsstandaard ‘Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek’ gewerkt aan het op een gelijkwaardige wijze leren samenwerken in de triade van cliënt, naasten en hulpverlening. Hulp en ondersteuning vanuit de GGZ en het sociaal werk zijn belangrijk voor het welbevinden en de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen en de mensen in hun naaste omgeving. Dit werkt vaak beter als naasten hierbij worden betrokken (Bransen e.a., 2014). De individugerichte werkwijze in de GGZ en de negatieve invloed van het maatschappelijk stigma op de zelfwaardering van cliënten en hun naasten zorgen nogal eens voor fricties in de relatie tussen hulpverlening en cliënten en/of hun naasten.

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.

Twee GGZ-organisaties en een steunpunt mantelzorg zijn in de periode 2020-2021 op locatie getraind in het leren uitvoeren van de cursus. Alle drie de organisaties voeren sindsdien de cursus doorlopend uit. Van de eerste cursusgroepen heeft het Trimbos-instituut de proces-evaluaties ontvangen. Uit de evaluaties bleek dat de cursus (zeer) aantrekkelijk is voor de doelgroep. Ook over de cursusleiding – getraind door het Trimbosinstituut – is men over het algemeen zeer tevreden. Gemiddeld overall rapportcijfer voor de cursus lag tussen de 8 (online variant) en 9-. De lengte van de cursus vond men meestal precies goed en een groepsgrootte van 5-8 deelnemers lijkt het meest aantrekkelijk. Deelnemers herkenden zich over het algemeen heel goed in elkaar en zouden de cursus vrijwel allemaal zeker aan anderen aanraden. Ook is een ruime meerderheid goed te spreken over de oefeningen, het huiswerk, en zeker ook over de cursusleiding. Over het werkboek voor de cursisten was niet iedereen tevreden. Dat is op grond van de evaluaties aangepast. Over de bijdrage – indien van toepassing - van een familie-ervaringsdeskundige trainer waren de meningen ook wat verdeeld. Dit moet meer aandacht gaan krijgen in de train-de-trainer workshop voor de cursus. Deze bevindingen zijn teruggekoppeld aan de uitvoerders.

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.

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

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 (theoretische) werkzame elementen:

- Interactieve psycho-educatie
- Aansluiten op de ervaringskennis van de deelnemers
- Onderkennen en erkennen van negatieve gevoelens (schuld, schaamte, boosheid)
- Lotgenotencontact
- Rekening houden met het maatschappelijk taboe op psychische kwetsbaarheid
- Oefenen met verwerven van sociale steun

Praktische werkzame elementen (zie ook de proces-evaluaties):

- Een samenstelling van de cursusgroep die zodanig is dat elke deelnemer zich kan herkennen in de situatie van tenminste één van de andere deelnemers. Er kunnen immers uiteenlopende naasten deelnemen: ouders, partners, volwassen kinderen et cetera.
- De mogelijkheid om de cursus online te volgen
- Passende oefeningen en voldoende maar niet teveel voorbereidend huiswerk

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).

Baars J. & van Meekeren E. (2013). Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: Boom.

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.

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

Bransen E., Paalvast M. & Slaats M. (2014). De kracht van naasten ontsluiten. In: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, 1, 2014, pp. 20-33.

Boer, de A., Klerk, M. de, Verbeek-Oudijk, D. & Plaisier, I. (2020). Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019. Den Haag: SCP

Boer, de A., Plaisier, I. & Klerk, de M. (2019). Mantelzorgers in het vizier. Beleidssignalement mantelzorg. Den Haag: SCP.

Bron, P.E. (2004). Samen groeien we scheef. Een onderzoek naar de behoefte aan ondersteuning van mantelzorgers van mensen met een psychiatrische aandoening. Hengelo: Arcon.

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.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.

Galan, K de. (2015). Van deskundige naar trainer, trainen als tweede beroep. Zaltbommel: Thema – Uitgeverij van Schouten & Nelissen.

Klerk, M. de, Boer, A. de, Plaisier, I., Schyns, P., Kooiker, S. (2015). Informele 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.

Kwekkeboom, M.H. (2000). *De zorg blijft: een onderzoek onder familieleden en andere relaties van mensen met (langdurige) psychische problemen*. Den Haag: SCP.

Lazarus & Folkman (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Livingston, J.D. & Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030.

Lucksted A, McFarlane W, Downing D, Dixon L, Adams C. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *J Marital Family Therapy* 38:101-21. 9.

Magliano L. (2008). Families of people with severe mental disorders: difficulties and resources. Copenhagen: World Health Organization, 2008.

McFarlane WM. (2004) *Multifamily Groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York, Guildford Press.

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.

Nuijen e.a. (2019). Quickscan jongvolwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Plaisier, I. & Schyns, P. (2015). Hulp delen. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker (red.), *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014* (p. 110-128). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

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 program on psychological complaints. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78, 139-148.

Slaats, M.E. (2011). Rouwen en verlies verwerken: een proces voor patiënten en familie. In H. Zock & W. Krikilion (red.), *Eindigheid in de geestelijke gezondheidszorg* (pp. 79-84). Tilburg: KSGV.

Slaats, M.E. (2013). Ervaringen van familieleden en naastbetrokkenen. In J. Baars & E. van Meekeren (red.), *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen* (pp. 143-159). Amsterdam: Boom

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

Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E, Young N, Woodhams P, Shiers D, Kuipers E. & Kendall T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* (2015) 206, 268-274

Veldkamp C, van Bokhoven I, & van der Hoeve R. (2021). Monitoring taboe op psychische klachten en aandoeningen – nulmeting. Amsterdam: I&O Research.

Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van 't, Kienhorst, G. (reds.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

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.

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.