



PREVENTIE BIEDT PERSPECTIEF
PREVENTIE-PROJECTEN BINNEN DE GGZ



INTRODUCTIE

Deze catalogus dient primair om de preventie in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg (ggz) op de kaart te zetten. Preventieproducten zijn nu nog te vaak onbekend. Door te laten zien wat de ggz en de verslavingszorg te bieden hebben op het gebied van preventie, wil GGZ Nederland zo veel mogelijk organisaties in de zorg interesseren voor deze producten. Het zal de moeite lonen als we op grote schaal gaan investeren in de preventie van psychische aandoeningen.

GGZ Nederland heeft in 2004 haar visie op de toekomst van de ggz vastgelegd in het document 'De krachten gebundeld'. Preventie is een domein waarin de ggz actief is en nog actiever wil worden. De ggz wil daarmee op termijn de toenemende vraag naar ggz-zorg afremmen en zodoende de ggz toegankelijk en betaalbaar houden. Concreet vindt GGZ Nederland dat de ggz-preventieproductie in een paar jaar verdubbeld moet zijn.

Psychische problemen veroorzaken een enorme sociale en economische last. Een goede manier om deze last te beperken is preventie. De ggz heeft succesvolle preventieprogramma's ontwikkeld, waarmee kan worden voorkomen dat psychische problemen ontstaan en verergeren.

Veel mensen lopen risico een psychische aandoening te ontwikkelen. Van deze grote groep krijgt jaarlijks één op de vier mensen in Nederland ook echt een psychisch probleem. De helft hiervan lost de problemen zelf op, al dan niet met behulp van familie en vrienden.

Psychische problematiek wordt traditioneel vaak aangepakt via behandeling. Uit recent onderzoek blijkt echter dat met behandeling de ziektelast van de belangrijkste psychische stoornissen met niet meer dan de helft verminderd kan worden. Daarbij komt dat bijna de helft van de mensen met psychische problemen helemaal niet behandeld wordt (Cuijpers et al., 2003).

Deze stand van zaken vereist dat we de epidemie van psychische problematiek in onze maatschappij behalve met behandeling ook op een andere manier aanpakken, namelijk door preventie.

Preventieve interventies zijn erop gericht om ernstige psychische problemen te voorkomen, dan wel tijdig op te sporen en te behandelen, voordat de eerste klachten de kans krijgen uit te groeien tot volledige psychische stoornissen. De ggz richt zich met haar preventieprogramma's op twee doelgroepen: mensen die een verhoogd risico lopen een psychische aandoening te ontwikkelen en mensen die al een (onbehandeld) psychisch probleem hebben.

De preventiewetenschap heeft zich, in navolging van ontwikkelingen in de VS, de afgelopen decennia ontwikkeld tot een volwaardige wetenschappelijke discipline binnen de ggz. Deze preventiewetenschap maakt een snelle ontwikkeling door en levert steeds meer inzicht op in hoe effectief preventieve interventies zijn. Op basis van deze inzichten zijn inmiddels 31 standaardprogramma's ontwikkeld, waarvan bewezen is dat zij effect hebben.

In deze productcatalogus hebben we deze programma's beknopt beschreven.

GGZ Nederland, november 2005

WETENSCHAPPELIJK VERANTWOORD

Om de wetenschappelijke status van de preventieve interventies aan te geven, hebben we de programma's in deze catalogus op de volgende vier manieren gecategoriseerd:

1 Bewezen effectieve interventies

Deze interventies zijn onderzocht met ten minste één goed uitgevoerde random clinical trial (RCT). Een RCT is een onderzoek waarbij deelnemers aselect over twee groepen verdeeld worden en waarbij de ene groep de behandeling wel krijgt en de andere niet. De niet-behandelde groep fungeert als controlegroep. Het is ook mogelijk dat de deelnemers in de ene groep een andere behandeling krijgen dan die in de andere. In dat geval worden de effecten van beide behandelingen vergeleken. Bewezen effectieve interventies hebben significante effecten op de problematiek waarop de interventie gericht is.

2 Veelbelovende experimentele interventies

Dit zijn interventies waarbij wel effectonderzoek is verricht, maar niet volgens de regels van een RCT (dus zonder controlegroep en niet aselect). Door veelbelovende experimentele interventies verminderen de klachten op de problematiek waarop de interventie gericht is en/of ze leiden tot een positieve verandering op intermediaire doelen.

3 Models of Good Practice

Deze interventies zijn goed beschreven en worden door verschillende organisaties uitgevoerd. Er is evaluatieonderzoek gedaan naar de uitvoerbaarheid van de interventie en daarnaast is onderzocht of de deelnemers de interventie acceptabel vinden. In geval beide onderzoeken een positief resultaat opleveren, dan wordt de interventie een model of good practice.

4 Innovatieve interventies

Dit zijn recent ontwikkelde interventies met een vernieuwende aanpak, die nog niet voldoen aan de criteria genoemd onder 1 tot en met 3.

Van de hierna beschreven interventies hebben er 7 de status 'bewezen effectief', 12 zijn 'veelbelovend experimenteel', er zijn 10 'models of good practice', en 2 hebben de status 'innovatief'.

VERKLARING VAN DE PICTOGRAMMEN

Op de kaarten wordt gebruik gemaakt van pictogrammen voor verschillende doelgroepen, soort stoornis en de vorm van het preventie-product.



0 - 18 JAAR



18 - 65 JAAR



65+



ALLOCHTONEN



FAMILIE



DEPRESSIE



ANGSTSTOORNIS



WERKSTRESS



VERSLAVING



INDIVIDUEEL



GROEP



INTERNET





DEPRESSIEVE MOEDERS MET JONGE BABY'S BEGELEIDEN AAN HUIS

Moeder-baby-interventie

TOELICHTING Moeders met psychische problemen reageren vaak niet adequaat op de behoeften van hun jonge kind. Dat leidt tot problemen in de hechtingsrelatie en in de emotionele ontwikkeling van het kind, twee belangrijke risicofactoren bij het ontstaan van psychische stoornissen.

Van de kinderen van ouders met een psychiatrisch probleem of verslavingsproblematiek (KOPP- of KVO) krijgt ongeveer één derde later zelf ernstige psychische problemen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid. De kans dat ze zo'n stoornis ontwikkelen is anderhalf keer zo hoog als bij andere kinderen. Het gaat om een grote groep: 1,6 miljoen kinderen onder de 22 jaar hebben ouders waarbij een psychische stoornis is gediagnosticeerd en ongeveer 300.000 kinderen hebben een vader en/of moeder met alcoholproblemen (Bool et al., 2001). Van de kinderen van wie beide ouders een psychische stoornis hebben, krijgt 66% ooit zelf een psychische stoornis. In de kinderpsychiatrische klinieken heeft 77% van de kinderen met een ontwikkelingsstoornis en 55% van de kinderen met een gedragsstoornis één of twee ouders met een psychische stoornis.

WERKWIJZE Een hulpverlener observeert de moeder-kindinteractie, soms met behulp van video-opnamen. Op basis van de resultaten van deze observatie stelt de hulpverlener een individueel begeleidingsplan op, dat gebaseerd is op de hechtingstheorie en de leertheorie. Tijdens de huisbezoeken worden interventies gebruikt als video-hometraining, modeling, praktische pedagogische ondersteuning, cognitieve herstructurering en babymassage. Doel is te voorkomen dat kinderen van moeders met een psychiatrische aandoening psychische problemen krijgen.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: individuele gezinnen.
Aantal bijeenkomsten: 8 tot 10 wekelijkse huisbezoeken van 1,5 uur, en een huisbezoek na 3 maanden.
Wetenschappelijke status: Bewezen effectief

RESULTAAT Moeders met depressieve klachten die deelnemen aan deze training krijgen een betere relatie met hun kind. Zij reageren sensitiever op hun baby. Ook de hechting tussen moeder en kind verloopt beter (Van Doesum et al., in druk).



BEGELEIDING VOOR GEZINNEN WAARIN DE OUDERS EEN PSYCHISCHE STOORNIS HEBBEN

Psycho-educatieve gezinsinterventie

TOELICHTING Van de kinderen van ouders met een psychiatrisch probleem of verslavingsproblematiek (KOPP- of KVO) krijgt ongeveer één derde later zelf ernstige psychische problemen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid. De kans dat ze zo'n stoornis ontwikkelen is anderhalf keer zo hoog als bij andere kinderen. Het gaat om een grote groep: 1,6 miljoen kinderen onder de 22 jaar hebben ouders waarbij een psychische stoornis is gediagnosticeerd en ongeveer 300.000 kinderen hebben een vader en/of moeder met alcoholproblemen (Bool et al., 2001). Van de kinderen van wie beide ouders een psychische stoornis hebben, krijgt 66% ooit zelf een psychische stoornis. In de kinderpsychiatrische klinieken heeft 77% van de kinderen met een ontwikkelingsstoornis en 55% van de kinderen met een gedragsstoornis één of twee ouders met een psychische stoornis.

WERKWIJZE Het gezin krijgt begeleiding van een preventiewerker. Die stimuleert dat de leden van het gezin met elkaar communiceren. Eerst bespreekt hij met de ouders en de kinderen apart en later met het hele gezin de problemen in het gezin vanuit ieders perspectief. Hij geeft informatie over de ziektebeelden van de ouders en brengt deze informatie in verband met de levenservaringen van de gezinsleden. Hij screent hen en verwijst hen zo nodig naar andere hulpverleningsinstanties. Verder ondersteunt hij gezinsleden als ze toekomstplannen maken.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: alle gezinsleden.
Aantal bijeenkomsten: 6 tot 8.
Wetenschappelijke status: Bewezen effectief

RESULTAAT Kinderen die dit programma volgen, krijgen meer begrip voor de psychische problemen van hun ouders. Ze functioneren in alle opzichten beter dan andere kinderen in een vergelijkbare situatie. De ouders die dit programma volgen, communiceren beter met hun kinderen en tonen meer begrip voor hun ervaringen. Ze vinden dat hun kinderen meer begrip hebben voor hun ziekte en er meer kennis van hebben (Beardslee, 1997).



CURSUS VOOR KINDEREN VAN OUDERS MET PSYCHISCHE STOORNIS OF VERSLAVINGSPROBLEMEN

KOPP-groepen voor kinderen tussen de 8 en 18 jaar

TOELICHTING Van de kinderen van ouders met een psychiatrisch probleem of verslavingsproblematiek (KOPP- of KVO) krijgt ongeveer één derde later zelf ernstige psychische problemen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid. De kans dat ze zo'n stoornis ontwikkelen is anderhalf keer zo hoog als bij andere kinderen. Het gaat om een grote groep: 1,6 miljoen kinderen onder de 22 jaar hebben ouders waarbij een psychische stoornis is gediagnosticeerd en ongeveer 300.000 kinderen hebben een vader en/of moeder met alcoholproblemen (Bool et al., 2001). Van de kinderen van wie beide ouders een psychische stoornis hebben, krijgt 66% ooit zelf een psychische stoornis. In de kinderpsychiatrische klinieken heeft 77% van de kinderen met een ontwikkelingsstoornis en 55% van de kinderen met een gedragsstoornis één of twee ouders met een psychische stoornis.

WERKWIJZE Er zijn twee soorten KOPP-groepen: een praatgroep voor adolescenten en jongeren en een doe-praatgroep voor kinderen van 8 tot 12 jaar. De groepen zijn bestemd voor kinderen die opgroeien in een gezin waarvan een of beide ouders psychiatrische problemen of verslavingsproblemen hebben. Op een ontspannen en speelse wijze wordt gerichte informatie gegeven over het ziektebeeld van de ouder(s) en oefenen de kinderen en jongeren met vaardigheden om specifieke situaties te kunnen hanteren, waarmee zij worden geconfronteerd. In de ouderbijeenkomsten staat de ouder-kindrelatie centraal.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 6 tot 8.
Aantal bijeenkomsten: 8 wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur en een terugkombijeenkomst, plus 2 ouderbijeenkomsten.
Wetenschappelijke status: Model of Good Practice

RESULTAAT Deelnemers die de cursus hebben gevolgd kunnen beter met de thuis-situatie omgaan. Ze voelen zich gelukkiger en hebben een minder negatief zelfbeeld dan voor de cursus (Beurskens & Siebes, 1998; Ince et al., 2004).



GROEPSCURSUS VOOR ADOLESCENTEN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN

Stemmingmakerij

TOELICHTING Veel jongeren hebben last van depressieve gevoelens. Deze horen voor een deel bij de adolescentie. Jongeren maken zich in deze levensfase los van hun opvoeders en ontwikkelen een eigen identiteit. Veel adolescenten voelen zich daardoor van tijd tot tijd onzeker en hebben last van een bedrukte stemming. Als deze stemming aanhoudt en verergert en het dagelijkse leven verstoort, is het belangrijk in te grijpen om te voorkomen dat de klachten uitgroeien tot een echte depressie. Veel jongeren praten met niemand over hun sombere gevoelens en denken dat alleen zij er last van hebben. Oudere adolescenten (vanaf 16 jaar) hebben meer last van somberheid dan jongere. Jongeren van 15 tot 17 jaar doen in vergelijking met andere leeftijdsgroepen vaker suïcidepogingen. Van de jongeren tussen 12 en 18 jaar heeft 3 tot 8% een depressie. Dat zijn 30.000 tot 80.000 jongeren. Depressieve jongeren lopen een grotere kans dan hun niet-depressieve leeftijdgenoten om later ook depressief te worden (Veltman et al., 1996).

WERKWIJZE De deelnemers krijgen een cursus in groepsverband met een cognitief-gedragsmatige benadering. Vijf risicofactoren die een rol spelen bij depressies staan centraal in het programma. Dit zijn: een gebrek aan plezierige activiteiten, een negatieve denktrant en negatieve gedachten, een gebrek aan vaardigheden om problemen op te lossen, een ervaren gebrek aan sociale steun en een negatieve zelfwaardering.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 8 tot 12.
Aantal bijeenkomsten: 8 bijeenkomsten van 2 uur.
Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT Deelnemers hebben zes maanden na de cursus beduidend minder last van depressieve klachten, somatische problemen, angst en slapeloosheid. In vergelijking met jongeren met depressieve klachten die de cursus niet gevolgd hebben functioneren ze in sociaal opzicht beter dan voorheen (Veltman et al., 1996).



CURSUS VOOR DEPRESSIEVE JONGEREN VAN 18 TOT 25 JAAR

Grip op je dip: zelf je somberheid overwinnen

TOELICHTING Veel jongeren hebben last van depressieve gevoelens. Deze horen voor een deel bij de adolescentie. Jongeren maken zich in deze levensfase los van hun opvoeders en ontwikkelen een eigen identiteit. Veel adolescenten voelen zich daardoor van tijd tot tijd onzeker en hebben last van een bedrukte stemming. Als deze stemming blijft bestaan en verergert en het dagelijkse leven verstoort, is het belangrijk in te grijpen om te voorkomen dat de klachten uitgroeien tot een echte depressie. Veel jongeren praten met niemand over hun sombere gevoelens en denken dat alleen zij er last van hebben. Depressieve jongeren lopen een grotere kans dan hun niet-depressieve leeftijdgenoten om later ook depressief te worden. (Veltman et al., 1996).

WERKWIJZE In de cursus praten de jongeren in groepsverband met leeftijdsgenoten over hun depressieve gevoelens. Zo ontdekken ze dat ze er niet alleen in staan en dat ze niet vreemd zijn. Ook leren ze hun klachten zelf aan te pakken. De methodiek is cognitief gedragsmatig (Voordouw, 2002).

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: maximaal 12.
Aantal bijeenkomsten: 10 bijeenkomsten van 2 uur en een terugkombijeenkomst.
Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT 12 en 24 maanden na de cursus hebben de deelnemers significant minder vaak een depressie dan de jongeren met klachten die deze cursus niet hebben gevolgd (Clarke et al 1995, 2001).



INTERNETCURSUS VOOR 16- TOT 25-JARIGEN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN

Grip op je dip on line

TOELICHTING Veel jongeren hebben last van depressieve gevoelens. Deze horen voor een deel bij de adolescentie. Jongeren maken zich in deze levensfase los van hun opvoeders en ontwikkelen een eigen identiteit. Veel adolescenten voelen zich daardoor van tijd tot tijd onzeker en hebben last van een bedrukte stemming. Als deze stemming blijft bestaan en verergert en het dagelijkse leven verstoort, is het belangrijk in te grijpen om te voorkomen dat de klachten uitgroeien tot een echte depressie. Veel jongeren praten met niemand over hun sombere gevoelens en denken dat alleen zij er last van hebben. Zij blijven zodoende met deze klachten zitten, met het risico dat ze uiteindelijk een depressieve stoornis krijgen. Van de jongeren tussen 12 en 18 jaar heeft 3 tot 8% een depressie. Dat zijn 30.000 tot 80.000 jongeren. Depressieve jongeren lopen een grotere kans dan hun niet-depressieve leeftijdgenoten om later ook depressief te worden. (Veltman et al., 1996).

WERKWIJZE Jongeren melden zich via internet aan voor een on line groepscursus. Via een chatbox komen zij in contact met lotgenoten en begeleiders. Dit contact is op vaste tijdstippen. De cursus is erop gericht de jongeren inzicht te bieden in de relatie tussen gevoelens, gedachten en gebeurtenissen. Ze leren kritisch te kijken naar hun denkpatronen en leuke activiteiten te plannen, zich assertiever op te stellen en om te gaan met conflicten. Doordat ze met lotgenoten aan de cursus deelnemen, ontdekken de jongeren dat zij niet de enigen zijn met depressieve gevoelens. Door met leeftijdsgenoten over hun klachten te praten, gaan ze beseffen dat zij er niet alleen voor staan en niet raar zijn.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: maximaal 6.
Aantal bijeenkomsten: 8 wekelijkse bijeenkomsten van 1,5 uur.
Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT Na afloop van de internetcursus zijn de depressieve klachten van de deelnemers voor de helft opgelost. Dit resultaat is vergelijkbaar met dat van de groepscursus Grip op je dip (Gerrits et al., 2005).



ZELFHULP VOOR VOLWASSENEN MET MATIGE ANGST, DEPRESSIE OF STRESSKLACHTEN OF OPVOEDINGS-PROBLEMEN

Zelf aan de slag!

TOELICHTING Mensen met lichte tot matige angst-, stress- of depressieklachten of overbelasting lopen een groot risico een depressie of angststoornis te ontwikkelen of burn-out te raken.

WERKWIJZE De zelfhulpcursussen zijn bedoeld voor mensen die zich in het dagelijkse leven belemmerd voelen door lichte tot matige angst-, stress- of depressieklachten of overbelasting. Ouders waarbij de kinderen lichte tot matige gedragsproblemen vertonen kunnen door deze cursus inzicht krijgen in dat gedrag. Ze krijgen handvaten aangereikt om hier beter mee om te gaan en om escalatie te voorkomen.

Met behulp van een werkboek dat informatie, opdrachten en oefeningen bevat, leren deelnemers anders te kijken naar de klachten. Daarnaast ontwikkelen ze vaardigheden om beter met de gedachten en gevoelens om te gaan. Deelnemers werken zelfstandig een werkmap door, ondersteund door wekelijkse korte (15 minuten) telefonische coachingsgesprekken. Er bestaan verschillende modules: angstige klachten; depressieve klachten; werkstress; ouders van kinderen met druk/opstandig kind of ouders van een stil/bang kind.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: n.v.t.

Aantal bijeenkomsten: 6 tot 8 telefonische gesprekken in 6 tot 8 weken.

Wetenschappelijke status: Innovatief

RESULTAAT Zelfhulpprogramma's voor ouders van kinderen met gedragsproblemen blijken effectief, omdat de kennis van de ouders toeneemt en hun gedrag verandert, en omdat de ouders rapporteren dat het gedrag van het kind verandert. Zelfhulp bij angst en depressie is bewezen effectief en levert grote effecten op, zowel op lange als op korte termijn (Willemse et al., 2002; Medema, 2003).



BIBLIOTHERAPIE VOOR VOLWASSENEN MET LICHTE TOT MATIGE DEPRESSIEVE KLACHTEN

Bibliotherapie met minimale begeleiding

TOELICHTING Depressies komen veel voor. Een op de vijf volwassen Nederlanders heeft ooit een depressieve stoornis gehad, waarvan 7% een jaar of korter geleden. Jaarlijks hebben 750.000 mensen een depressie, waaronder 620.000 volwassenen. De maatschappelijke kosten van depressie worden geraamd op 1,7 miljard per jaar (Bohlmeijer et al., 2005).

Per jaar worden 300.000 mensen voor het eerst depressief: dat is 40% van het totaal (Cuijpers, 2005). Een depressieve periode duurt gemiddeld acht maanden. Van de mensen die zijn hersteld, krijgt 40% binnen twee jaar opnieuw depressieve klachten. Iemand met lichte tot matige depressieve klachten heeft zes maal zo veel kans om een depressie te ontwikkelen als iemand zonder deze klachten.

WERKWIJZE Bij bibliotherapie gaat het om zelfstudie. Na een kennismakingsgesprek met een preventiewerker nemen cursisten zelfstandig een gestandaardiseerde cursusmap door, die gebaseerd is op de groepscursus voor mensen met depressieve klachten: In de put, uit de put. Eens per twee weken krijgen de deelnemers daarbij telefonische ondersteuning van een preventiewerker.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: n.v.t.

Aantal bijeenkomsten: looptijd: 10 weken.

Wetenschappelijke status: Bewezen effectief

RESULTAAT Bij de volwassenen die de bibliotherapie hebben gevolgd, komen nieuwe gevallen van depressies één derde minder vaak voor. De deelnemers hebben gemiddeld minder depressieve klachten en hun kwaliteit van leven is op enkele terreinen verbeterd (Willemse et al, 2004, 2005).



CURSUS VOOR CHRONISCH ZIEKEN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN

Leven met een chronische ziekte

TOELICHTING Mensen met een chronische lichamelijke ziekte lopen een grotere kans een depressie of depressieve klachten te krijgen (Hosman, 2003). Naar schatting heeft 12 tot 36% van de mensen met een lichamelijke ziekte hier last van. Een op de vijf hartpatiënten en een op de drie kankerpatiënten ontwikkelt een ernstige depressie. Als chronisch zieken naast hun ziekte ook depressieve klachten krijgen, dan komen ze in een negatieve spiraal terecht. Een depressie verergert namelijk de functionele beperkingen die het gevolg zijn van de chronische ziekte.

WERKWIJZE In groepsverband krijgen mensen met uiteenlopende lichamelijke aandoeningen informatie over de relatie tussen lichamelijke beperkingen en psychische klachten. De deelnemers oefenen vaardigheden om zich beter te leren ontspannen. Ze leren meer tijd te besteden aan plezierige activiteiten en realistisch en positief te denken.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 8 tot 10.
Aantal bijeenkomsten: 10 bijeenkomsten van 2 uur, en 1 of 2 terugkombijeenkomsten.
Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT Deelnemers hebben na afloop van de cursus minder depressieve klachten dan mensen die de cursus niet hebben gevolgd. Ook na 6 en 12 maanden blijkt dat de cursus depressieve klachten kan voorkomen bij cursisten die bij aanvang lichte klachten hadden (Cuijpers, 1998; Allart-Van Dam, 2003).



CURSUS VOOR VOLWASSENEN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN

In de put, uit de put

TOELICHTING Depressies komen veel voor. Een op de vijf volwassen Nederlanders heeft ooit een depressieve stoornis gehad, waarvan 7% een jaar of korter geleden. Jaarlijks hebben 750.000 mensen een depressie, waaronder 620.000 volwassenen. De maatschappelijke kosten van depressie worden geraamd op 1,7 miljard per jaar (Bohlmeijer et al., 2005).

Per jaar worden 300.000 mensen voor het eerst depressief: dat is 40% van het totaal (Cuijpers, 2005). Een depressieve periode duurt gemiddeld acht maanden. Van de mensen die zijn hersteld, krijgt 40% binnen twee jaar opnieuw depressieve klachten. Iemand met lichte tot matige depressieve klachten heeft zes maal zo veel kans om een depressie te ontwikkelen als iemand zonder deze klachten.

WERKWIJZE De cursisten leren in groepsverband hun depressieve klachten aan te pakken, vooral door zelfobservatie en zelfverandering. Ze krijgen een cursusmap met daarin een overzicht van alle bijeenkomsten, huiswerk en opdrachten. De aanpak is gestructureerd cognitief-gedragsmatig.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 8 tot 12.

Aantal bijeenkomsten: 12 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur met 1 of 2 terugkombijeenkomsten.

Wetenschappelijke status: Bewezen effectief

RESULTAAT Deelnemers aan de cursus hebben na afloop minder depressieve klachten dan mensen die de cursus niet hebben gevolgd (Cuijpers, 1998). Ook 6 en 12 maanden later blijkt dat cursisten die aan het begin van de cursus lichte klachten hadden, minder depressieve klachten hebben (Allart-Van Dam, 2003).



CURSUS VOOR OUDEREN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN

In de put, uit de put 55+

TOELICHTING Depressies komen veel voor. Jaarlijks hebben 750.000 mensen een depressie waarvan 70.000 ouderen. Van die ouderen heeft 10 tot 15% milde tot matige depressieve klachten. Een depressieve periode duurt gemiddeld acht maanden. Van de mensen die zijn hersteld, krijgt 40% binnen twee jaar opnieuw depressieve klachten. Iemand met lichte tot matige depressieve klachten heeft zes maal zo veel kans om een depressie te ontwikkelen als iemand zonder deze klachten.

WERKWIJZE De deelnemers nemen in groepsverband deel aan de cursus. Ze leren hun depressieve klachten aan te pakken, vooral door zelfobservatie en zelfverandering. Ze krijgen een cursusmap met daarin een overzicht van alle bijeenkomsten, huiswerk en opdrachten. De opzet is gestructureerd cognitief-gedragsmatig van karakter (Cuijpers, 1995; Voordouw et al., 2002).

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: maximaal 12.
Aantal bijeenkomsten: 10 bijeenkomsten van 2 uur en 1 terugkombijeenkomst.
Wetenschappelijke status: Bewezen effectief

RESULTAAT De deelnemers hebben direct na de cursus significant minder depressieve klachten dan mensen die de cursus niet hebben gevolgd (Haringsma et al., 2004).



CURSUS VOOR 55-PLUSERS MET DEPRESSIEVE KLACHTEN DOOR VERLIESERVARINGEN

Op zoek naar zin

TOELICHTING Depressies komen veel voor. Jaarlijks hebben 750.000 mensen een depressie waarvan 70.000 ouderen. Van die ouderen heeft 10 tot 15% milde tot matige depressieve klachten. Een depressieve periode duurt gemiddeld acht maanden. Van de mensen die zijn hersteld, krijgt 40% binnen twee jaar opnieuw depressieve klachten. Iemand met lichte tot matige depressieve klachten heeft zes maal zo veel kans om een depressie te ontwikkelen als iemand zonder deze klachten.

WERKWIJZE In groepsverband halen ouderen actief herinneringen op en evalueren ze systematisch hun eigen leven. In de cursus combineren de begeleiders deze methode met verschillende creatieve technieken. Zo herontdekken de deelnemers het bijzondere van het eigen leven niet alleen via cognities, maar ook via de zintuigen en de verbeelding. Door terug te kijken op het eigen leven vinden ze voor zichzelf antwoorden op zingevingvragen en kunnen ze een nieuw toekomstperspectief formuleren.

De cursus is erop gericht te voorkomen dat ouderen zich isoleren. Daarnaast gaat het erom het zelfvertrouwen van de deelnemende ouderen te vergroten en hun te leren om beter sociale contacten te leggen en te onderhouden.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 6 tot 10.

Aantal bijeenkomsten: 12 bijeenkomsten van 2 tot 2,5 uur.

Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT De deelnemers hebben na de cursus significant minder depressieve klachten. Ze hebben meer greep op hun leven en voelen zich beter. Uit onderzoek blijkt dat de depressieve klachten afnemen wanneer ouderen zich verdiepen in hun herinneringen. Zij worden dan meer tevreden met hun eigen leven. Dit effect is vergelijkbaar met de resultaten van een behandeling met antidepressiva of cognitieve therapie (Bohlmeijer et al., 2003; Franssen & Bohlmeijer, 2003).



GESPREKSGROEP VOOR 55-PLUSSEERS MET LICHTE DEPRESSIEVE KLACHTEN

Het verhaal van je leven

TOELICHTING Depressies komen veel voor. Jaarlijks hebben 750.000 mensen een depressie waarvan 70.000 ouderen. Van die ouderen heeft 10 tot 15% milde tot matige depressieve klachten. Een depressieve periode duurt gemiddeld acht maanden. Van de mensen die zijn hersteld, krijgt 40% binnen twee jaar opnieuw depressieve klachten. Iemand met lichte tot matige depressieve klachten heeft zes maal zo veel kans om een depressie te ontwikkelen als iemand zonder deze klachten.

WERKWIJZE In deze gespreksgroep staat het eigen levensverhaal van de deelnemers centraal. De deelnemers evalueren hun eigen leven volgens de life-review-methode en de narratieve methode. Ze bereiden zich voor door vragen te beantwoorden over thema's zoals: keerpunten in hun leven, hun jeugd, werk en zorg, de betekenis van hun leven. De bijeenkomsten zijn erop gericht dat de deelnemers de greep op hun eigen leven versterken en dat hun gevoel voor eigenwaarde en competentie toeneemt. Ze werken eraan zin te geven aan hun leven, zich met hun levensloop te verzoenen, verlieservaringen te verwerken en een nieuw toekomstperspectief te ontwikkelen.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: maximaal 4.
Aantal bijeenkomsten: 7 bijeenkomsten van 1,5 uur en een follow-up na 6 weken.
Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT Deelnemers hebben na de gespreksgroep minder depressieve klachten en meer greep op hun leven (Bohlmeijer, 2005).



GROEPSCURSUS VOOR 60+ WEDUWEN

Verlies en dan verder

TOELICHTING Als mensen een partner verliezen door overlijden, dan wordt hun geestelijke gezondheid daardoor zwaar belast. Ongeveer de helft van alle weduwen en weduwnaars heeft in het eerste jaar nadat hun partner is gestorven last van depressieve gevoelens, die voldoen aan de criteria voor een depressie. Depressieve klachten zijn in een periode van rouw dan ook als normaal te beschouwen. In de meeste gevallen gaan ze vanzelf over. Maar als ze langer blijven bestaan, kunnen ze uitmonden in een depressie. Bij oudere mensen is het risico op depressieve klachten groter dan bij jongere. Van alle ouderen heeft 10 tot 15% milde tot matige depressieve klachten. Mensen met deze klachten hebben zes keer zo veel kans als anderen om een depressie te ontwikkelen.

WERKWIJZE In de cursus leren 60+-vrouwen die hun partner verloren hebben, in groepsverband vaardigheden om een nieuw leven op te bouwen. Ze leren hoe ze kunnen voorkomen dat ze eenzaam worden, zodat ze minder risico lopen ernstige psychosociale problemen te krijgen (Bentham et al, 1994).

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: maximaal 10.
Aantal bijeenkomsten: 11 bijeenkomsten van 2 uur en een terugkombijeenkomst.
Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT Deelnemers aan de cursus zijn sociaal vaardiger dan weduwen die de cursus niet hebben gevolgd. Deze sociale vaardigheid voorkomt dat ze ernstige psychosociale problemen krijgen (Van Lammeren et al., 1995).



CURSUS VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE VOLWASSENEN MET EEN MIX VAN DEPRESSIEVE-, ANGST- EN ONBEGREPEN LICHAAMELIJKE KLACHTEN

Lichte dagen, donkere dagen

TOELICHTING Depressies en angst zijn de meest voorkomende psychische stoornissen bij allochtonen (Zorgis, 2003). Depressieve en angstklachten gaan vaak gepaard met psychosomatische klachten.

Iemand met lichte tot matige depressieve klachten heeft zes maal zo veel kans om een depressie te ontwikkelen als iemand zonder deze klachten.

WERKWIJZE Bij deze groepscursus is rekening gehouden met cultuurspecifieke aspecten van depressie bij Turken en Marokkanen. De groepen bestaan uit Turkse mannen, Turkse vrouwen, Marokkaanse mannen of Marokkaanse vrouwen. In de bijeenkomsten krijgen zij informatie over de relatie tussen psychische en lichamelijke klachten en de mogelijke (migratiegebonden) oorzaken van de depressieve klachten. De deelnemers oefenen vaardigheden om zich beter te leren ontspannen en gezonder te leven. Ze leren meer tijd te besteden aan plezierige activiteiten, realistisch en positief te denken en beter om te gaan met anderen.

Om de drempel zo laag mogelijk te maken, wordt de cursus aangeboden in de eigen taal van de deelnemers.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: maximaal 12.

Aantal bijeenkomsten: 13 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur en 1 terugkombijeenkomst.

Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT Deelnemers aan de cursus begrijpen hun klachten beter. Ze kunnen er beter mee omgaan en kijken positiever naar zichzelf. Ze voelen zich na de cursus gezonder en hebben gemiddeld minder depressieve klachten dan voor de cursus (Can & Voordouw, 2003).



GROEPSCURSUS VOOR VOLWASSENEN MET PANIEKKLACHTEN

Geen paniek!

TOELICHTING Een op de vijf volwassen Nederlanders heeft ooit een angststoornis gehad, waarvan 12% een jaar of korter geleden. Per jaar kosten angststoornissen 179,6 miljoen euro aan zorgkosten.

Jaarlijks hebben 242.000 Nederlanders een paniekstoornis. Een paniekstoornis is het herhaaldelijk optreden van plotse, onverwachte aanvallen van intense angst. Per jaar komen er 86.000 nieuwe gevallen bij; dat is 35% van het totaal aantal paniekstoornissen (Smit, 2004).

WERKWIJZE De deelnemers volgen een cursus in groepsverband, die gebaseerd is op inzichten uit de cognitieve gedragstherapie voor mensen met een paniekstoornis. De deelnemers leren om te gaan met panieklachten, meer grip te krijgen op gedachten die de paniek verergeren en zich te handhaven in moeilijke situaties.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 8 tot 12.
Aantal bijeenkomsten: 8 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur.
Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT Deelnemers hebben na afloop van de cursus minder panieklachten (Meulenbeek et al., 2005; Willemsse & Smit, 2004).



CURSUS VOOR 55-PLUSSERS MET ANGSTKLACHTEN

Angst de baas

TOELICHTING Een op de vijf volwassen Nederlanders heeft ooit een angststoornis gehad, waarvan 12% een jaar of korter geleden. Per jaar kosten angststoornissen 179,6 miljoen euro aan zorgkosten.

De enkelvoudige fobie en de sociale fobie komen het meeste voor (Vollebergh, 2003). Wanneer iemand angstwekkende situaties vermijdt, is sprake van een fobie. Bij een enkelvoudige fobie voelt iemand sterke angst voor een specifiek object of situaties en vermijdt die. Bij een sociale fobie voelt iemand sterke angst voor sociale situaties en vermijdt die. Jaarlijks hebben 242.000 Nederlanders een paniekstoornis. Een paniekstoornis is het herhaaldelijk optreden van plotse, onverwachte aanvallen van intense angst. Per jaar komen er 86.000 nieuwe gevallen bij: dat is 35% van het totaal aantal paniekstoornissen (Smit, 2004).

WERKWIJZE Mensen vanaf 55 jaar die last hebben van lichte tot matige angstklachten krijgen een cursus in groepsverband, waarin ze vaardigheden leren om hun klachten te controleren en te overwinnen. Ze leren minder te piekeren en hoe zich te handhaven in situaties die hen angst aanjagen. In de cursus wordt vooral aandacht geschonken aan hoe gedachten angstklachten in stand kunnen houden.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 5 tot 12.

Aantal bijeenkomsten: 8 bijeenkomsten van 2 uur, een follow-up na 3 maanden.

Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT Het merendeel van de deelnemers heeft significant minder last van angstklachten nadat ze aan de cursus hebben deelgenomen (Van Helsdingen, 2004).



GROEPSCURSUS VOOR 50+ ALLOCHTONEN MET ANGSTKLACHTEN

Stap voor stap

TOELICHTING Een op de vijf volwassen Nederlanders heeft ooit een angststoornis gehad, waarvan 12% een jaar of korter geleden. Globaal komen angststoornissen ongeveer even veel voor onder jeugdigen, volwassenen en ouderen (RIVM, 2005). Angst is na depressie de meest voorkomende psychische stoornis bij allochtonen (Zorgis, 2003).

De enkelvoudige fobie en de sociale fobie komen het meeste voor (Vollebergh, 2003). Wanneer iemand angstwekkende situaties vermijdt, is sprake van een fobie. Bij een enkelvoudige fobie voelt iemand sterke angst voor een specifiek object of situaties en vermijdt die. Bij een sociale fobie voelt iemand sterke angst voor sociale situaties en vermijdt die. Jaarlijks hebben 242.000 Nederlanders een paniekstoornis. Een paniekstoornis is het herhaaldelijk optreden van plotse, onverwachte aanvallen van intense angst. Per jaar komen er 86.000 nieuwe gevallen bij: dat is 35% van het totaal aantal paniekstoornissen (Smit, 2004).

WERKWIJZE Bij deze groepscursus is rekening gehouden met cultuurspecifieke aspecten van angst bij oudere Turken en Marokkanen.

De cursusleiders werken met een draaiboek. In de bijeenkomsten krijgen de deelnemers uitleg over angst, werken ze eraan inzicht te krijgen in hun eigen klachtenpatroon, en leren ze vaardigheden om hun angstklachten aan te pakken. Onderlinge steun en (h)erkenning is ook een belangrijk element van de bijeenkomsten. De cursisten krijgen thuisopdrachten die ze tussen de bijeenkomsten moeten uitvoeren. Zij ontvangen een cursistenmap om hen daarbij te ondersteunen.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: maximaal 8.
Aantal bijeenkomsten: 10 bijeenkomsten.
Wetenschappelijke status: Innovatief

RESULTAAT De cursisten leren beter om te gaan met hun klachten (Smits & Vries, in druk).



INFORMELE GROEPSCURSUS VOOR ALLOCHTONEN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN

Informatieve huiskamerbijeenkomsten voor Turkse en Marokkaanse vrouwen

TOELICHTING Een op de vijf volwassen Nederlanders heeft ooit een stemmingsstoornis gehad, waarvan ruim 7% een jaar of korter geleden. Jaarlijks hebben 750.000 mensen een depressie. Per jaar krijgen 300.000 mensen voor het eerst een depressie. Dit is 40% van het totaal aantal depressiegevallen (Cuijpers, 2005). Een depressieve periode duurt gemiddeld acht maanden. Na herstel maakt 40% van de patiënten binnen twee jaar nog eens een depressie mee. Depressie is de meest voorkomende psychische stoornis bij allochtonen (Zorgis, 2003). Iemand met lichte tot matige depressieve klachten heeft zes keer zo veel kans om een depressie te ontwikkelen als iemand zonder deze klachten.

WERKWIJZE Bij deze groepscursus is rekening gehouden met cultuurspecifieke aspecten van depressie bij Turken en Marokkanen.

De huiskamerbijeenkomsten worden gehouden bij de Turkse of Marokkaanse gastvrouw thuis. Zij nodigt hiervoor een aantal andere vrouwen uit haar omgeving uit. De vrouwen worden gestimuleerd hun vragen en meningen te bespreken en krijgen informatie over geestelijke gezondheid en ouder worden, hun eigen mogelijkheden en het professionele hulpverleningsaanbod. Een preventiewerker leidt de bijeenkomst aan de hand van een draaiboek en discussietekeningen. Dit draaiboek bevat drie inhoudelijke bijeenkomsten: ouder worden en geestelijke gezondheid; piekeren en depressie; vergeetachtigheid en dementie.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 6 tot 8 .

Aantal bijeenkomsten: de bijeenkomsten duren 2 uur, afhankelijk van de behoefte van de doelgroep kunnen zij eenmalig zijn of een vervolg krijgen met dezelfde groep. Ook kan het gastvrouwschap doorgegeven worden, waardoor steeds nieuwe groepen worden bereikt.

Wetenschappelijke status: Model of Good Practice

RESULTAAT Met deze methode worden Turkse en Marokkaanse vrouwen van 50 jaar en ouder bereikt die niet op de reguliere manier door zorginstellingen met voorlichting, preventie en zorg rond psychische klachten worden bereikt (Vries & Smits, 2004).



CURSUS VOOR VLUCHTELINGENJONGEREN

De vluchtelingenles

TOELICHTING Een asielzoeker is iemand die asiel heeft aangevraagd waarover door de Rijks-overheid nog geen besluit is genomen. Hij of zij wordt pas als vluchteling erkend als over de asielaanvraag positief is beslist.

Asielzoekers die langer dan twee jaar in Nederland zijn in afwachting van hun asielprocedure blijken twee keer zo vaak aan psychische ziekten te lijden als degene die net zijn aangekomen (Laban, 2003). Alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's) hebben een zeer hoog psychosociaal klachtenniveau, waardoor ze een groot risico lopen om een psychische stoornis te ontwikkelen, zoals een depressie, maar ook een post traumatische stress stoornis (Bean et al., 2005). Vluchtelingen kampen eveneens met uiteenlopende gezondheidsproblemen, vaak als gevolg van een traumatisch vluchtverleden. Ook komen deze problemen voort uit de passieve en onzekere leefsituatie in Nederland, die tot veel stress leidt. Van de vluchtelingen vertoont 78% 'onbegrepen' klachten, waarvan het merendeel van psychische aard lijken. Deze groep is extra kwetsbaar voor posttraumatische stressstoornissen, depressies en angstklachten (De Ruuk, 2005).

Jaarlijks daalt het aantal asielaanvragen maar groeit het aantal vluchtelingen.

WERKWIJZE De vluchtelingenles is een lessenserie voor vluchtelingenjongeren in het voortgezet onderwijs. Deze cursus heeft als doel een beschermende omgeving te bieden waarbinnen vluchtelingenjongeren beter leren omgaan met hun geweldservaringen en hun ervaringen als vluchteling. Tijdens de lessen wordt stilgestaan bij wat verloren ging. Verder wordt er ingegaan op wat steunend en helend is voor deze leerlingen.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 6 tot 10 .

Aantal bijeenkomsten: 8 lessen.

Wetenschappelijke status: Model of Good Practice

RESULTAAT De effecten van de lessenserie zijn onmiskenbaar positief. De jongeren zelf zeggen onder meer makkelijker steun te vragen en meer steun te krijgen, zich meer erkend te voelen door de Nederlandse samenleving en de toekomst met meer vertrouwen tegemoet te zien. Docenten signaleren dat de jongeren die aan De vluchtelingenles hebben meegedaan, zich over het algemeen minder teruggetrokken gedragen en zich socialer opstellen tegenover medeleerlingen (Tuk 1997; Mateman, 1999).



TRAINING VOOR WERKNEMERS MET PSYCHISCHE KLACHTEN EN WERKSTRESS

Training werkstress

TOELICHTING Mensen verzuimen minder vaak om psychische redenen dan vanwege lichamelijke klachten, maar het psychische verzuim duurt aanzienlijk langer. Het risico om arbeidsongeschikt te raken neemt toe naarmate het verzuim langer duurt. Daarom brengen psychische problemen een vergroot risico op arbeidsongeschiktheid met zich mee (Laitinen et al., 2001).

Een op de vijf werkenden heeft een psychische stoornis, een op de drie heeft psychische klachten.

Op het terrein van arbeid werken vooral werkstress en werkeloosheid negatief door op de psychische gezondheid. Deze stressoren kunnen leiden tot depressie, angst, burn-out, problemen door alcoholmisbruik, hart- en vaatziekten en suïcide (Hosman et al., 2004). Werklozen hebben vier zo veel kans op een depressie als mensen met betaald werk (Bijl et al., 1997).

WERKWIJZE De deelnemers volgen een training in groepsverband, waarin ze inzicht krijgen in de oorzaken van (hun) stress. Met behulp van opdrachten uit de trainingsmap analyseren ze de werkstress, hun eigen functioneren en de werksituatie. Op basis hiervan stellen ze een actieplan op. Ze leren vaardigheden, zoals omgaan met emoties (op basis van rationeel-emotieve therapie/RET), omgaan met meningsverschillen, zich assertief opstellen en sociale steun vragen. Ter afronding stellen ze een toekomstplan op om terugval te voorkomen. In de training komen thema's aan bod als: wat is stress, hoe herken je deze, wat zijn de oorzaken? Er is ook aandacht voor: ontspanning, assertiviteit, timemanagement en de rol die gedachten spelen bij het ontstaan van stress en psychische klachten.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: maximaal 10 tot 12.

Aantal bijeenkomsten: 8 tot 12.

Wetenschappelijke status: Bewezen effectief

RESULTAAT Deelnemers hebben na afloop minder last van stressklachten en voelen zich psychisch beter. Ze hebben meer zelfvertrouwen gekregen en kunnen beter omgaan met hun klachten en met de werksituatie. Op hun werk ervaren ze minder werkdruk en meer sociale steun (Gotink et al., in druk).



TRAINING VOOR WERKNEMERS MET PSYCHISCHE KLACHTEN OM HUN WERK WEER OP TE PAKKEN

Terugkeer naar het werk

TOELICHTING Mensen verzuimen minder vaak om psychische redenen dan vanwege lichamelijke klachten, maar het psychische verzuim duurt aanzienlijk langer. Het risico om arbeidsongeschikt te raken neemt toe naarmate het verzuim langer duurt. Daarom brengen psychische problemen een vergroot risico op arbeidsongeschiktheid met zich mee (Laitinen et al., 2001).

Een op de vijf werkenden heeft een psychische stoornis, een op de drie psychische klachten.

Op het terrein van arbeid werken vooral werkstress en werkeloosheid negatief door op de psychische gezondheid. Deze stressoren kunnen leiden tot depressie, angst, burn-out, problemen door alcoholmisbruik, hart- en vaatziekten en suicide (Hosman et al., 2004). Werklozen hebben vier keer zo veel kans op een depressie als mensen met betaald werk (Bijl et al., 1997).

WERKWIJZE De deelnemers volgen een training in groepsverband. Ze worden begeleid bij het proces van werkherleving en de problemen die zich daarbij kunnen voordoen. De begeleiders stimuleren hen om hun problemen actief aan te pakken en een open gesprek erover aan te gaan met hun werkgever en -eventueel- met de bedrijfsarts. De deelnemers oefenen een aantal vaardigheden, zoals omgaan met emoties op basis van de rationeel-emotieve therapie (RET), realistisch denken, ontspanning, assertiviteit, en zorgen voor een gezonde leefstijl. In de training is aandacht voor de rol van de persoonlijkheid in relatie tot de werkring, en voor de kwaliteiten en valkuilen van de deelnemers. Er wordt ook gekeken naar de manier waarop de deelnemers gewenste veranderingen kunnen verwezenlijken in hun werksituatie. De trainingsopzet sluit aan bij de leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen (Commissie Psychische arbeidsongeschiktheid, 2001) en de Wet verbetering poortwachter.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: maximaal 10.

Aantal bijeenkomsten: 10 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur en een terugkombijeenkomst.

Wetenschappelijke status: Veelbelovend experimenteel

RESULTAAT De psychische klachten nemen af bij deelnemers aan deze training. Ze stellen zich actiever op en keren vaker terug naar hun werk (Comes et al, 2005).



GROEPSCURSUS VOOR MANTELZORGERS VAN EEN SCHIZOFREEN FAMILIELID

Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie

TOELICHTING In totaal lijden in Nederland ongeveer 150.000 mensen aan schizofrenie. Per jaar doen zich per 100.000 mensen 10 tot 20 nieuwe gevallen voor (Trimbos, 2005). Door de vermaatschappelijking van de ggz komt de zorg voor deze mensen vaak ten laste van familieleden en naaste vrienden.

Deze mantelzorgers lopen een aanzienlijk risico om zelf een psychische stoornis te krijgen. De zorgtaken trekken een zware wissel op het sociale leven van de mantelzorgers. Van deze familieleden heeft 62% minder tijd voor hun eigen bezigheden (Schene & Van Wijngaarden, 1993) en 57% van hen zegt dat de zorg hun eigen leven in de war gooit (Kwekkeboom, 2002).

Ten minste de helft van alle psychiatrische patiënten krijgt hulp van mantelzorgers (Van Lier, 2005). Het aantal familieleden dat voor iemand met schizofrenie zorgt, ligt tussen 120.000 en 160.000 (Walburg, 2004).

Omdat deze mantelzorgers overbelast zijn door de zorg voor hun familielid en doordat ze onvoldoende tijd overhouden voor hun eigen bezigheden en contacten, lopen ze risico om zelf ook een psychische stoornis te ontwikkelen.

WERKWIJZE Familieleden van mensen met schizofrenie krijgen in groepsverband uitleg over het ziektebeeld van hun familielid en over de behandeling en hulpverlening (psycho-educatie). De deelnemers oefenen vaardigheden om beter om te gaan met het probleemgedrag van het zieke familielid. Daarbij krijgen ze probleemoplossende methoden en stressreducerende vaardigheden aangereikt. De deelnemers wisselen ook ervaringen uit waardoor zij ontdekken dat anderen dezelfde problemen hebben als zijzelf.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 8 tot 12.

Aantal bijeenkomsten: 10 tweewekelijkse bijeenkomsten van 2 uur en 1 terugkombijeenkomst.

Wetenschappelijke status: Bewezen effectief

RESULTAAT Familieleden die de cursus volgen, kunnen beter omgaan met de moeilijke gezinssituatie, en ervaren daardoor minder stress. Hierdoor functioneert het gezin beter. Ook de relatie tussen het familielid en de patiënt verbetert (Stam & Cuijpers, 1999; Walburg, 2004). Een neveneffect is dat de training leidt tot minder terugval van de patiënt (Cuijpers & Bohlmeijer, 2001).



TRAINING VOOR DIRECTBETROKKENEN VAN PATIËNTEN MET EEN BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDS-STOORNIS

Omggaan met borderline

TOELICHTING In Nederland lijdt 2% van alle mensen aan een borderline persoonlijkheidsstoornis (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen).

Ten minste de helft van alle psychiatrische patiënten krijgt hulp van mantelzorgers (Van Lier, 2005). Deze mantelzorgers lopen een aanzienlijk risico om zelf een psychische stoornis te krijgen. De zorgtaken trekken een zware wissel op het sociale leven van de mantelzorgers. Van deze familieleden heeft 62% minder tijd voor hun eigen bezigheden (Schene & Van Wijngaarden, 1993) en 57% van hen zegt dat de zorg hun eigen leven in de war gooit (Kwekkeboom, 2002). Omdat deze mantelzorgers overbelast zijn door de zorg voor hun familielid of naaste, en doordat ze onvoldoende tijd overhouden voor hun eigen bezigheden en contacten, lopen ze risico om zelf ook een psychiatrische stoornis te ontwikkelen.

WERKWIJZE Mensen die direct betrokken zijn bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis delen in deze training hun ervaringen met lotgenoten. Door de training krijgen deelnemers inzicht in de problematiek van borderline, leren ze meer adequate omgangsvormen te ontwikkelen en oefenen ze hiermee. Ze leren moeilijke situaties als gevolg van borderlinede gedrag beter te hanteren, waardoor zij zelf minder belast worden. De ervaringen, mogelijkheden en vragen van naastbetrokkenen staan centraal.

Onder directbetrokkenen verstaan we niet alleen ouders, partners, (schoon) broers of zussen, maar ook vrienden en kennissen die betrokken zijn bij de patiënt.

SPECIFICATIE Aantal bijeenkomsten: 10 bijeenkomsten met ten minste 2 vervolgbijeenkomsten.

Wetenschappelijke status: Model of Good Practice

RESULTAAT Deelnemers aan de training krijgen (weer) meer grip op de (gezins)situatie. Zij kunnen daardoor voorkomen dat de situatie onnodig uit de hand loopt. Hierdoor ervaren zij minder stress. Het zelfvertrouwen, de daadkracht en kennis over borderline van de deelnemers verbetert na de zevende bijeenkomst significant. Ook de fysieke en geestelijke gezondheid van de directbetrokkenen gaat vooruit. Daarnaast is een neveneffect dat de symptomen bij de patiënt verminderen en de situatie stabiel wordt (Krook, 2004).



VOORLICHTING AAN SCHOLIEREN OVER GENOTMIDDELEN

Gezonde school en genotmiddelen

TOELICHTING Het alcoholgebruik onder scholieren is tussen 1999 en 2003 toegenomen, vooral onder jonge meisjes tussen de 12 en 14 jaar. Vergeleken met scholieren uit andere landen drinken Nederlandse scholieren vaak. 6% van de jongeren tussen de 12-17 jaar is een zware drinker, zij drinken 1 of meer dagen per week 6 of meer glazen alcohol. Alcoholgebruik gaat vaak gepaard met roken. In 1999 had 26% van alle leerlingen (12-16 jaar) de afgelopen maand gerookt. Onder alcoholgebruikers was dit 42%. Van de scholieren van 12 jaar en ouder gebruiken maandelijks 9% cannabis, 2% XTC of amfetamine en 0,8% cocaïne (Trimbos, 2005).

WERKWIJZE De Gezonde School is een manier van werken die scholen helpt om structureel aan de slag te gaan met gezondheid en veiligheid. Naast voorlichting aan de leerlingen over genotmiddelen bestaat het project uit een aantal andere activiteiten zoals beleid maken over hoe de school wil omgaan met roken, alcohol drinken, blowen en andere drugs in en om de school; een reglement over genotmiddelen opstellen; signaleren en begeleiden van leerlingen met problematisch genotmiddelengebruik en ouders betrekken bij voorlichting en begeleiding. De lessen geven informatie over genotmiddelen, besteden aandacht aan de risico's, aan houdingsaspecten en aan sociale vaardigheden als 'nee' leren zeggen, groepsdruk en weerbaarheid. Er zijn verschillende materialen ontwikkeld. Het lesmateriaal is per onderwerp uitgewerkt: roken, alcohol en drugs (blowen en pillen slikken). De lessen zijn erop gericht het gebruik van middelen terug te dringen, de kennis van scholieren te vergroten en hun attitude tegenover middelengebruik te veranderen.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: n.v.t.

Aantal bijeenkomsten: variabel, gedurende de eerste drie jaar van het voortgezet onderwijs.

Wetenschappelijke status: Model of Good Practise

RESULTAAT Door preventieve schoolprogramma's gebruiken leerlingen minder genotmiddelen. De voorlichting heeft zowel effecten op gedrag (gebruik) als op de kennis van scholieren over middelengebruik. Het programma genereert nauwelijks effecten op hun perceptie van risico's. De effecten op het gebruik van cannabis en tabak verdwijnen het snelst, de effecten op het gebruik van alcohol verdwijnen na een paar jaar (Cuijpers et al., 2005; Blans et al., 2001).



OPVOEDINGSONDERSTEUNING BIJ MIDDELENMISBRUIK

Home party

TOELICHTING Gezinnen met een lage sociale positie, die wonen in achterstandswijken, zonder een hecht sociaal netwerk en met een ongunstig pedagogisch gezinsklimaat hebben behoefte aan opvoedingsondersteuning bij middelenmisbruik. Toch wordt deze groep door de bestaande opvoedingsondersteunende interventies meestal niet bereikt. Daarvoor is een andere vorm van werving en aanpak nodig waarbij de ondersteuning letterlijk naar de mensen toe gebracht wordt.

WERKWIJZE De home party is een huiskamerbijeenkomst in een vertrouwde sfeer bij ouders thuis met kinderen in de leeftijd van 8 tot 12 of van 12 tot 18 jaar. Een home party wordt opgezet en mede uitgevoerd door een preventiewerker. Deze werft sleutelfiguren die toegang hebben tot de doelgroep. Deze sleutelfiguren werven gastouders en gastouders werven ouders om deel te nemen aan de home party. De preventiewerker geeft voorlichting over alcohol en drugs, afgestemd op de vragen en behoeften van de aanwezige ouders. Het accent ligt op kennisoverdracht, opvoedingsvaardigheden en attitudevorming van de ouders (Riper et al., 2004).

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 5 tot 12.
Aantal bijeenkomsten: 1 bijeenkomst van maximaal 2 uur.
Wetenschappelijke status: Model of Good Practice

RESULTAAT De methode is geschikt om de beoogde oudergroepen te bereiken (Bolier & Riper, 2004).



ALCOHOLVOORLICHTINGSCAMPAGNE VOOR STUDENTEN

Ik ben zat, wie ben jij?

TOELICHTING Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid komen het meest voor bij jonge mannen tussen de 18 en 25 jaar; 18% voldeed in 1996 aan de criteria voor alcoholmisbruik en 13% aan de criteria voor alcoholafhankelijkheid. Studenten drinken meer alcohol dan andere jongeren. In 1999 dronken studenten gemiddeld 16 glazen per week. Leden van een studentenvereniging dronken gemiddeld 23 glazen per week. Jongeren van vergelijkbare leeftijd consumeerden per week gemiddeld 10 glazen (Trimbos, 2005).

WERKWIJZE De campagne is erop gericht overmatig drankgebruik door eerstejaarsstudenten in het hbo- en wo-onderwijs en in studentenverenigingen te beïnvloeden. Naast voorlichting is er een training aan barvrijwilligers waarin zij leren de ‘Instructie verantwoord alcoholgebruik’ toe te passen en worden mentoren getraind in het omgaan met alcohol. De campagne loopt vanaf 1998 en is een onderdeel van de campagne om alcoholgebruik te matigen: Drank maakt meer kapot dan je lief is.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: n.v.t.
Aantal bijeenkomsten: n.v.t.
Wetenschappelijke status: Model of Good Practice

RESULTAAT Na de campagne weten de studenten meer over de nadelige gevolgen van overmatig alcoholgebruik. Ook praten ze makkelijker met elkaar over alcoholgebruik (NIGZ, 2005).



CURSUS VOOR AUTOMOBILISTEN OVER RIJDEN ONDER INVLOED

Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer

TOELICHTING Autobestuurders bij wie - na aanhouding - een alcoholpromillage wordt gemeten tussen de 1,3 en 1,8 (bij herhaling 0,8) worden verplicht deel te nemen aan een cursus Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (EMA). Het doel is te voorkomen dat ze nog eens gaan autorijden na alcoholgebruik.

WERKWIJZE Deze groeps cursus bevat zowel een collectief als een individueel deel. De cursus heeft een corrigerend, opvoedend karakter. De methoden zijn gericht op zelfwerkzaamheid van de cursist.

De cursisten leren alcoholgebruik te scheiden van verkeersdeelname met een motorvoertuig. In de cursus wordt duidelijk gemaakt wat alcohol doet in het lichaam en welke effecten dit heeft op het rijgedrag. Ook wordt stilgestaan bij de ernstige gevolgen van alcoholgebruik in het verkeer.

De cursisten zijn verplicht deel te nemen en mee te werken aan de EMA. Als ze weigeren, wordt hun rijbewijs ongeldig verklaard. Het ligt wettelijk vast dat de cursist de cursuskosten van € 771,- (anno 2005) zelf betaalt.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: 10-12

Aantal bijeenkomsten: 3 dagen plus individueel gesprek, verspreid over 7 weken.

Wetenschappelijke status: Model of Good Practice

RESULTAAT Na deelname aan de cursus, weten de deelnemers meer over het effect van alcohol op rijgedrag. Op basis van internationaal vergelijkend onderzoek wordt verwacht dat de cursus eraan bijdraagt dat het aantal verkeersslachtoffers vermindert (CBR, 2005).



RECREatieve DRUGS VAN GEBRUIKERS TESTEN

Testen van uitgaansdrugs

TOELICHTING Ecstasy en amfetamine zijn na cannabis de belangrijkste illegale drugs voor jongeren in het uitgaanscircuit. Het percentage mensen in Nederland dat ooit ecstasy of amfetamine heeft gebruikt, steeg tussen 1997 en 2001. Actueel gebruik van ecstasy, dat wil zeggen de laatste maand, nam toe, vooral onder vrouwen. In 2001 waren er ongeveer 100.000 actuele gebruikers van ecstasy en amfetamine (Trimbos, 2005). In 2004 werden 4495 pillen en poedermonsters van recreatieve drugs door gebruikers aangeboden en getest (DIMS, 2005).

WERKWIJZE Het Drugs Informatie Monitoring Systeem (DIMS) bestaat naast het coördinerend DIMS-bureau op het Trimbos-instituut uit 15 deelnemende (verslavingszorg)instellingen. Deze houden wekelijks spreekuur in 25 locaties door heel Nederland. Medewerkers van de testservice analyseren de drugs die door de gebruikers worden aangeboden. Na de analyse krijgen zij informatie terug over de samenstelling en de mogelijke risico's. Het DIMS verzamelt daarnaast informatie over het aanbod en de samenstelling van illegale uitgaansdrugs in Nederland. Het spoort gevaarlijke monsters op en kan, wanneer dat noodzakelijk is, via het landelijk DIMS-netwerk acties ondernemen.

SPECIFICATIE Minimum/maximum aantal deelnemers: n.v.t.
Aantal bijeenkomsten/doorlooptijd: n.v.t.
Wetenschappelijke status: Model of Good Practice

RESULTAAT Met testen in een mobiel kantoor worden vaker jongere en actievere gebruikers bereikt, die in de meeste gevallen niet eerder hun pillen hebben laten testen. Het testen in uitgaansgebieden blijkt voornamelijk voordelen te hebben en blijkt een goede aanvulling op de bestaande kantoortest. Met de testservice worden risico's van het gebruik van pillen beperkt (Cuijpers et al., 2005). Ook wordt snel via de media gewaarschuwd voor de volksgezondheid wanneer gevaarlijke uitgaansdrugs op de markt verschijnen (zoals in 2004 bij vervuilde cocaïne).



BREDE AANPAK VOOR PROBLEEMJONGEREN

Communities that Care (CtC)

TOELICHTING In bepaalde wijken vertonen jongeren veel probleemgedrag. Problematisch alcohol- en druggebruik zijn voorbeelden van dit probleemgedrag, en maatschappelijke uitval is er een gevolg van.

Het alcoholgebruik onder scholieren is tussen 1999 en 2003 toegenomen, vooral onder jonge meisjes tussen de 12 en 14 jaar. Vergeleken met scholieren uit andere landen drinken Nederlandse scholieren vaak (Trimbos, 2005).

WERKWIJZE Dit preventieve programma is erop gericht probleemgedrag van jongeren te voorkomen door een gezonde ontwikkeling te bevorderen. CtC wordt uitgezet in wijken of leefomgevingen waar problemen zijn of worden verwacht met jongeren. Met CtC werken verschillende actoren over een langere periode en op een consistente manier eraan de leefomgeving van jongeren te verbeteren. Dit gebeurt onder leiding van een projectleider.

CtC gaat uit van de problemen die er in de leefomgeving zijn, niet van de problemen waarvan mensen denken dat ze er zijn. De problemen in de wijk worden eerst uitgebreid geanalyseerd. Daartoe wordt onderzoek gedaan onder scholieren en is er een bronnenboek beschikbaar, waarmee gericht gezocht kan worden naar problemen en oorzaken op lokaal niveau. Op basis daarvan wordt een beperkt aantal onderliggende factoren aangewezen. Op die factoren richt het preventiebeleid van alle betrokken actoren in de wijk in de jaren die volgen. Deze factoren worden aangepakt met beproefde programma's, waaraan ook de ggz en verslavingszorg een bijdrage leveren.

Minimum/maximum aantal deelnemers: Deze interventie is wijkgericht.

SPECIFICATIE Aantal bijeenkomsten/doorlooptijd: Deze interventie is langdurig.
Wetenschappelijke status: Model of Good Practice

RESULTAAT CtC is een methodiek die effectief is gebleken. Het probleemgedrag wordt aangepakt op basis van grondige wetenschappelijke kennis van risicofactoren en beschermende factoren. De methodiek is opgebouwd uit effectief gebleken interventie-elementen, en kan zo goed mogelijk afgestemd worden op de specifieke behoefte van een bepaalde doelgroep of gemeenschap. Het programma is preventief omdat het problemen helpt voorkomen (Hawkins et al., 1992; Ince et al., 2004).

COLOFON

Deze productcatalogus is een uitgave van GGZ Nederland.

Tekst: GGZ Nederland,
met medewerking van R. Kasander
Ontwerp: www.taluut.nl
Druk: Atlas, Soest
Publicatienummer: 2005 - 295L
Oplage: 1500

GGZ Nederland
Postbus 830
3800 AV Amersfoort
www.ggz nederland.nl

Voor meer informatie
www.ggzkennisnet.nl > Informatieservice Preventie
> Wetenschappelijke bewijsvoering
www.lsp-preventie.nl

© GGZ Nederland, november 2005

