



# Methodebeschrijving Preventieve ondersteuning mantelzorg

Databank Effectieve sociale interventies



Kennis en advies voor  
maatschappelijke ontwikkeling





**Deze methodebeschrijving is gemaakt door:**

Rianne Cromwijk  
MOVISIE

Rianne Cromwijk is projectmedewerker van de afdeling Trends en Onderzoek van MOVISIE.

Datum: januari 2010

Voor meer methodebeschrijvingen en eventuele vragen en/of reacties kunt u terecht bij:  
[www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies](http://www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies).

Het werkblad dat gebruikt is voor deze methodebeschrijving, is deels gebaseerd op het Werkblad beschrijving interventie van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het RIVM.





# Inhoudsopgave

---

<b>Inleiding: leeswijzer</b>	<b>04</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>06</b>
<b>1. Beschrijving methode</b>	<b>08</b>
1.1 Probleemomschrijving	08
1.2 Doel van de methode	09
1.3 Doelgroep van de methode	09
1.4 Indicaties en contra-indicaties	10
1.5 Aanpak	10
1.6 Materiaal	12
1.7 Benodigde competenties van de professional	12
1.8 Overige randvoorwaarden	13
1.9 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies	13
1.10 Contactgegevens ontwikkelaar	14
<b>2. Onderbouwing</b>	<b>15</b>
2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode	15
2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak	15
<b>3. Onderzoek praktijkervaringen</b>	<b>17</b>
3.1 Uitvoerende organisaties	17
3.2 Praktijkervaringen van de professional	18
3.3 Praktijkervaringen van de cliënt/burger	20
3.4 Praktijkvoorbeeld	21
<b>4. Effectonderzoek</b>	<b>22</b>
4.1 Directe aanwijzingen voor effectiviteit	22
4.2 Indirecte aanwijzingen voor effectiviteit	22
<b>5. Conclusies</b>	<b>23</b>
5.1 Samenvatting werkzame elementen	23
5.2 Samenvatting effectonderzoek	23
<b>6. Verantwoording</b>	<b>24</b>
6.1 Het zoeken en selecteren van literatuur	24
6.2 Literatuur	24
 Bijlage 1: Toelichting effectonderzoek	26
Bijlage 2: Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken	29
Bijlage 3: Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken	30





## Inleiding: leeswijzer

---

Professionals in de sociale sector worden geconfronteerd met een wirwar aan informatie waar ze zich een weg in moeten vinden. Die informatie is vaak versnipperd en daardoor weinig toegankelijk. In de databank *Effectieve sociale interventies* brengen wij methoden waarmee in de sociale sector gewerkt worden bij elkaar. De methodebeschrijvingen geven daarbij een zo volledig mogelijk beeld van alle beschikbare informatie over een methode. Als gemeente, stafmedewerker of praktijkwerker kunt u hiermee vaststellen of de methode geschikt is voor de situatie waarin u of uw organisatie intervenueert. Als u besluit om met de methode aan de slag te gaan verwijzen we naar het handboek en eventueel andere door de ontwikkelaar beschikbaar gestelde materialen.

De methodebeschrijving is opgebouwd langs vier lijnen. Onderdeel één van dit document beschrijft de methode zelf, zoals de doelen, de doelgroep en de aanpak. Onderdeel twee laat de onderbouwing van de methode zien: de visies, theorieën en wetenschappelijke onderzoeken die de ontwikkelaar heeft gebruikt bij het ontwikkelen van de methode. Onderdeel drie geeft zicht op de praktijkervaringen van de professional en de cliënt/burger met de methode. Onderdeel vier geeft inzicht in wat er wetenschappelijk bekend is over de effectiviteit van de methode.

De methodebeschrijving is in nauwe samenwerking met de ontwikkelaar van de methode tot stand gekomen. Zo levert de ontwikkelaar informatie aan en geeft deze feedback op het concept en toestemming voor publicatie. De methode wordt uitgebreid in kaart gebracht. Dit kan de ontwikkelaar op zijn beurt een impuls geven voor verdere ontwikkeling van de methode. Een methode staat dus niet stil, de methodebeschrijvingen zullen dan ook regelmatig worden herzien.

De methodebeschrijving is gebaseerd op een systematische zoektocht naar informatie. Bij die zoektocht werken de onderzoeker die de methodebeschrijving maakt en een informatieanalist van de afdeling kennisstromen van MOVISIE intensief samen. Bij het zoeken van informatie over methoden zijn doorgaans de volgende zoekstrategieën toegepast: het inwinnen van informatie bij de ontwikkelaar, uitvoerende instanties en/of eventuele onderzoekers van de methode, het doorzoeken van Nederlandse en/of internationale databanken, het checken van referenties van reeds gevonden informatiemateriaal en een internet *deskresearch*. De zoektocht is daarbij gericht op een breed spectrum aan informatiebronnen, variërend van (ongepubliceerde) verslagen van (interne) procesevaluaties of paneldiscussies tot wetenschappelijk (effect)onderzoek. De verantwoording van de toegepaste zoekstrategieën is in beknopte zin terug te vinden in onderdeel 6.1. De zoekgeschiedenis is in uitgebreidere vorm vastgelegd in een hiertoe ontwikkelde *flowchart*, die is opgenomen in het archief van MOVISIE. Het relevante gevonden materiaal is terug te vinden in het literatuuroverzicht in onderdeel 6.2.

Bij het effectonderzoek (onderdeel 4) wordt onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit. Een toelichting op dit onderscheid vindt u in bijlage 1. Om de tekst in de methodebeschrijving zelf laagdrempelig te houden, worden de belangrijkste onderzoekskenmerken en resultaten zoveel mogelijk in woorden beschreven. De achterliggende cijfers vindt u in bijlage 3 en verder.





Wij wensen u veel inspiratie bij het lezen van deze methodebeschrijving. Wij hopen dat u zich hiermee een goed beeld kunt vormen van wat deze methode uw gemeente, uw organisatie of uzelf als sociale professional te bieden heeft en hoe u de kwaliteit van uw aanbod aan de doelgroep kunt vergroten.





# Samenvatting

---

## 1. Beschrijving methode

### Doel

Het doel van de methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers is het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers.

### Doelgroep

De doelgroep van de methode zijn mantelzorgers die in contact staan met de gezondheidszorg, thuiszorg of ouderenzorg vanwege een naaste met een zorgbehoefte. De oorspronkelijke methode Preventie-op-Maat (PoM) was gericht op mantelzorgers van depressieve ouderen. Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) richt zich op alle mantelzorgers.

### Aanpak

De methode bestaat uit drie onderdelen:

1. Het vroegtijdig opsporen van mantelzorgers.
2. Het voeren van een inventariserend gesprek volgens een vast protocol. Dit gesprek heeft tot doel de ervaren druk door informele zorg (belasting) te inventariseren en zicht te krijgen op eventuele knelpunten in het verlenen van de mantelzorg.
3. Het geven van inzicht in ondersteuningsmogelijkheden.

### Materiaal

Het volgende handboek is beschikbaar: *Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers: Methodiek voor systematische opsporing en preventieve ondersteuning van mantelzorgers*, geschreven door Duzijn & Veldhuis, uitgegeven in 2006 door het Trimbos Instituut in Utrecht.

### Ontwikkelaar

Naam: Trimbos-instituut  
Adres: Da Costakade 42, Utrecht  
Contactpersoon: Els Bransen  
Tel. 030 297 1100

## 2. Onderbouwing

De methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorg (POM) komt voort uit de methodiek Preventie-op-Maat (PoM) die ontwikkeld is om mantelzorgers van depressieve ouderen te ondersteunen (Duzijn e.a., 2000). De methode is verder ontwikkeld en geschikt gemaakt voor mantelzorgers in het algemeen. Dit heeft geleid tot de methode POM.

De methode is gebaseerd op een theoretisch model van de relatie tussen stress, coping en welbevinden (Duzijn e.a., 2000). Daarin vormen persoonlijke en sociale hulpbronnen aangrijpingspunten voor preventie van overbelasting. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van het motivationele model van Prochaska & DiClemente (1992, in Duzijn e. a., 2000). Aan de





hand van dit model krijgt de hulpverlener of preventiewerker inzicht in factoren die in een bepaalde fase de motivatie en gedragsverandering van de mantelzorgers beïnvloeden.

### **3. Onderzoek praktijkervaringen**

Verschillende instanties verspreid over het land gebruiken de POM-methode. Op dit moment zijn dit vooral thuiszorginstellingen en ggz-instellingen, maar de methode is breder inzetbaar. De POM-methode is door middel van twee onderzoeken geëvalueerd (Duzijn e.a., 2000; Mediant, 2004). De hulpverleners staan in het algemeen achter het POM-aanbod. Zij geven in 54% van de gevallen aan dat er problemen boven tafel gekomen zijn die zonder een POM-gesprek niet naar voren waren gekomen. De Gids voor mantelzorgers wordt in 90% van de gevallen gebruikt en hoog gewaardeerd door hulpverleners. Uit beide onderzoeken blijkt tegelijkertijd ook dat POM-medewerkers graag dieper op de problematiek in willen gaan en langer begeleiding willen bieden. Van de POM-medewerkers geeft 72% aan dat er binnen hun instelling meer aandacht is gekomen voor mantelzorgers naar aanleiding van POM. Van de hulpverleners wil 93% doorgaan met POM. Zij hopen dat mantelzorg 'een vaste plaats krijgt in het zorgproces'.

Mantelzorgers zelf geven aan vooral behoefte te hebben aan informatie en advies. Uit het onderzoek blijkt dat 62% van de mantelzorgers vindt dat ze beter kunnen omgaan met de ziekte van hun naaste doordat ze informatie hebben gekregen. Het POM-gesprek zorgt ervoor dat mantelzorgers beter in staat zijn om hun eigen grenzen aan te geven (73%) en dat het makkelijker is om tijdig hulp in te schakelen (92%). Alle mantelzorgers geven aan dat het makkelijker is om hulp in te schakelen, omdat ze weten wie ze daarvoor moeten bellen. Het contact tussen de zorginstelling en de mantelzorgers is in 87% van de gevallen verbeterd. Mantelzorgers lijken het aanbod positiever te beoordelen naarmate ze meer belasting ervaren. Tweederde zou anderen het gesprek aanraden en het gemiddelde rapportcijfer dat de mantelzorgers geven is een 7,6.

### **4. Effectonderzoek**

De ontwikkelaar voert geen onderzoek aan naar de effectiviteit van de methode. Dergelijk onderzoek is evenmin bij de door MOVISIE uitgevoerde literatuursearch gevonden.

### **5. Samenvatting werkzame elementen**

- De preventieve benadering.
- Actieve opsporing van mantelzorgers door hulpverleners.
- Aansluiting bij de behoefte van de mantelzorgers.
- Aandacht voor motiverende gespreksvoering.
- Gebruik van persoonlijke en sociale hulpbronnen.
- Ondersteuningsaanbod via de Gids voor mantelzorgers.
- Goede informatievoorziening.





# 1. Beschrijving methode

De beschrijving van de methode is gebaseerd op het volgende handboek:

*Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers: Methodiek voor systematische opsporing en preventieve ondersteuning van mantelzorgers*, geschreven door Duzijn & Veldhuis, uitgegeven in 2006 door het Trimbos Instituut in Utrecht.

## 1.1 Probleemomschrijving

Door ontwikkelingen als vergrijzing en extramuralisering (het geven van dezelfde zorg buiten een zorginstelling) neemt zorg voor ouderen en andere kwetsbare groepen in de samenleving toe. Deze zorg komt meer en meer op de schouders van mantelzorgers te liggen. Mantelzorg eist veel en belast mantelzorgers op verschillende manieren. Vormen van belasting zijn:

- Tijdsbelasting: de tijdsdruk die de zorgverlening oplegt aan de mantelzorger.
- Ontwikkelingsbelasting: het gevoel van de mantelzorger dat hij in zijn persoonlijke ontwikkeling wordt geremd.
- Fysieke belasting: het negatieve effect op de gezondheid, de kracht en de energie van de mantelzorger.
- Sociale belasting: het gevoel van de mantelzorger conflicterende rollen te hebben.
- Emotionele belasting: de negatieve gevoelens van de mantelzorger over de ontvangers van zorg, mogelijk als resultaat van moeilijk gedrag van deze mensen.

Mantelzorg kan ook leiden tot overbelasting. Van de Nederlandse mantelzorgers in 2007 zegt 17% ernstig belast te zijn (te veel verplichtingen), 28% matig belast (problemen met het combineren van taken), 33% licht belast (voortdurend plichtsgevoel) en 22% voelt zich niet belast. De overbelasting van de mantelzorger kan leiden tot verhoogde kwetsbaarheid voor ziektes, lichamelijke problemen en een eerdere opname van de cliënt (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009).

Er zijn verschillende ondersteuningsmogelijkheden voor overbelaste mantelzorgers. Uit genoemd onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP blijkt dat 30% van de mantelzorgers gesprekken voert met professionele ondersteuners over de last van het helpen, hun zorgen over de hulpbehoevende, de aanpak van de zorg en de omgang met de zorgontvanger. Dat gebeurt in zowel individuele als groepsgesprekken. Vooral mensen die zich door hun hulptaak zwaar belast voelen, maken van dit soort ondersteuning gebruik (De Boer e.a., 2009). Mantelzorgers blijken echter lang niet altijd (tijdig) gebruik te maken van het ondersteuningsaanbod. Zij kunnen belemmeringen ervaren om ondersteuning aan te vragen of te accepteren. Daarnaast trekken zij pas aan de bel wanneer er al sprake is van overbelasting en niet daarvoor. Uit de eerder genoemde SCP-studie blijkt dat een substantiële groep mantelzorgers geen ondersteuning ontvangt maar daaraan wel degelijk behoefte heeft.







De grootste onvervulde behoefte is die aan administratieve ondersteuning, informatie over specifieke aandoeningen en ondersteuning via internet. Wanneer de mantelzorgers geen ondersteuning krijgen, wordt de kans op overbelasting groter. Er is dus alle reden om te werken aan het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers en hen proactief ondersteuning aan te bieden. De methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers zet hierop in.

## 1.2 Doel van de methode

Preventieve Ondersteuning Mantelzorg (POM) heeft als hoofddoel: het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers.

De methode onderscheidt de volgende subdoelen:

- a. Actieve opsporing van mantelzorgers in de gezondheidszorg, thuiszorg en ouderenzorg door instructie van hulpverleners en - indien van toepassing - aanpassing van de intakeprocedure.
- b. Opzetten van een infrastructuur voor het aanbieden van ondersteuning in de vorm van een eenmalig gesprek met een telefonische follow-up.

Het doel van de methode wordt in het handboek niet verder uitgewerkt.

## 1.3 Doelgroep van de methode

De methode POM is gericht op alle mantelzorgers die in contact staan met de gezondheidszorg, thuiszorg of ouderenzorg vanwege een naaste met een zorgbehoefte.

De beschrijving van de doelgroep in het handboek berust op gegevens van het SCP uit 2003. Bijvoorbeeld:

- Er zijn 3.7 miljoen mantelzorgers in Nederland, van wie er 2.4 miljoen meer dan drie maanden achtereen en/of meer dan acht uur per week zorg bieden. Van deze mantelzorgers bieden 750.000 meer dan acht uur per week én meer dan drie maanden achtereen zorg aan hun naaste.
- Het merendeel (58%) van de volwassen mantelzorgers is vrouw. Van de volwassen mantelzorgers is 16% tussen 18 en 34 jaar oud, 71% tussen de 35 en 64 jaar en 13% ouder dan 65 jaar. Over de groep jeugdige mantelzorgers (jonger dan 18 jaar) zijn nog weinig cijfers bekend. Schattingen gaan ervan uit dat 10% van de thuiswonende jongeren op enige wijze (mede) zorg draagt voor een langdurig ziek familielid.
- De meeste hulp is nodig in verband met een lichamelijk handicap (41%). Van de hulpbehoevenden van 80 jaar en ouder heeft 35% zorg nodig vanwege geestelijke achteruitgang. Deze groep zal naar verwachting in de komende jaren snel groter worden. Bij hulpbehoevenden van 0-39 jaar zijn psychische problemen relatief vaak de





oorzaak van de zorgbehoefte (27%).

- Mantelzorg van een uitwonend kind aan een ouder komt het meest voor (44%). Van de mantelzorgers geeft 14% hulp aan een partner.
- Mantelzorg is in veel gevallen (36%) een combinatie van huishoudelijke hulp en begeleiding.

### **Specifieke doelgroepen**

De documentatie over de methode bevat geen informatie over hoe rekening gehouden kan worden met (etnische) diversiteit binnen de doelgroep en bevat daarvoor ook geen specifieke aanwijzingen.

## **1.4 Indicaties en contra-indicaties**

In de POM-methode gaat het om het in een vroeg stadium opsporen van mantelzorgers. De intake is daarbij van groot belang. De enige indicatie is het bieden van mantelzorg. Er zijn geen contra-indicaties.

## **1.5 Aanpak**

Het kenmerkende van POM is dat de zorginstelling niet wacht tot de (overbelaste) mantelzorgers zich meldt, maar zelf het initiatief neemt om met de mantelzorgers in gesprek te gaan. Dit is belangrijk omdat mantelzorgers vaak allerlei belemmeringen ervaren om ondersteuning te vragen. Daarom wordt in het POM-gesprek gebruik gemaakt van een vorm van motiverende gespreksvoering.

De POM-methodiek bestaat uit drie onderdelen: vroegtijdige opsporing van de mantelzorgers, het voeren van een POM-gesprek met (telefonische) follow-up en het aanbieden van ondersteuningsmogelijkheden. Het POM-gesprek kan gevoerd worden door een medewerker van de zorglocatie (preventiewerker, hulp- of dienstverlener) of door een consultant van bijvoorbeeld een steunpunt mantelzorg.

### **Vroegtijdige opsporing van de mantelzorgers**

De eerste stap in het vroegtijdig opsporen van mantelzorgers ligt in het aanpassen van de intakeprocedures van zorginstellingen. De intake moet niet alleen gericht zijn op de cliënt, maar ook op de mantelzorgers. Degene die de intake houdt, moet nagaan of er sprake is van mantelzorg, de gegevens van de mantelzorgers opnemen en de cliënt vragen of deze er bezwaar tegen heeft dat er contact is met de mantelzorgers.

Hulpverleners moeten signaleren wanneer er sprake is van mantelzorg en op welk moment er actie wordt ondernomen. Als de professionele hulpverlening de mantelzorgers op een dergelijke actieve manier benadert, getuigt dit van waardering en erkenning.





Dit kan op zichzelf al een belangrijke vorm van sociale steun zijn, als buffer tussen de 'veroorzaker' van stress en overbelasting.

De tweede stap is het inschakelen van een POM-medewerker. De intaker, zorg- of hulpverlener geeft de gegevens door aan degene die het POM-gesprek gaat voeren. Soms is dat dezelfde persoon. Het doorgeven van informatie gaat via het ingevulde POM-registratieformulier. De POM-medewerker maakt een afspraak om een POM-gesprek te voeren.

### **Het POM-gesprek**

Het POM-gesprek kan bij de mantelzorger thuis of op een andere locatie plaatsvinden. De POM-medewerker voert het gesprek indien mogelijk alleen met de mantelzorger. Het gesprek duurt ongeveer een uur. De medewerker brengt de belasting van de mantelzorger in kaart met behulp van de EDIZ-vragenlijst (EDIZ = Ervaren Druk door Informele Zorg). De medewerker spoort knelpunten en ondersteuningsbehoeften op met behulp van de aandachtspuntenlijst en neemt de Gids voor mantelzorgers door. Eventueel doet de medewerker een ondersteuningsaanbod, waarbij hij of zij met behulp van het motivationele model nagaat in welke fase de mantelzorger verkeert en of er behoefte is aan ondersteuning (voor onderbouwing van het motivationele model: zie deel 2). De mantelzorger houdt de regie en bepaalt zelf of en wanneer hij extra hulp wil inschakelen.

Aan het eind van het gesprek maakt de POM-medewerker een afspraak voor een follow-upgesprek. De medewerker vult op basis van het gesprek het tweede deel van het POM-registratieformulier in. De medewerker die het eerste gesprek voert, doet ook de follow-up. Hierin kan de mantelzorger terugkomen op het eerste gesprek. Het tijdstip van de follow-up kan variëren van twee weken tot twee maanden na het POM-gesprek.

### **Ondersteuningsaanbod in de vorm van de Gids voor mantelzorgers**

Met behulp van de aandachtspuntenlijst spoort de POM-medewerker knelpunten en ondersteuningsbehoefte op. De Gids voor mantelzorgers - een papieren en/of digitale sociale kaart met een overzicht van ondersteuningsmogelijkheden - is een essentieel onderdeel van de POM-methodiek. De POM-medewerker laat deze gids na afloop van het gesprek achter bij de mantelzorger, ook als die op dat ogenblik geen behoefte aan ondersteuning heeft. De gids kan op verschillende manieren vorm worden gegeven, bijvoorbeeld als een losbladig systeem, een boekje of een kaart. De gids bevat alleen de belangrijkste voorzieningen en gegevens. De mantelzorger kan zo op ieder gewenst moment nagaan waar hij of zij steun kan krijgen.

Beschrijving van de opzet van de methode (organisatie): volgorde van activiteiten, gebruikelijke duur van de interventie, de frequentie en intensiteit van de contacten, de locatie van uitvoering. Gebruik zelfgekozen kopjes. Geef waar mogelijk toelichting op de gekozen opzet.

- Beschrijving van de inhoud van de methode (werkwijze): hoe worden verschillende onderdelen van de methode ingevuld of uitgevoerd. Geef, eventueel met concrete voorbeelden, aan wat er wordt gedaan tijdens de interventie en welke stappen daarbij worden gezet. Gebruik zelfgekozen kopjes. Geef waar mogelijk toelichting op de inhoud van de methode.





## 1.6 Materiaal

Het volgende handboek is beschikbaar:

*Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers: Methodiek voor systematische opsporing en preventieve ondersteuning van mantelzorgers*, geschreven door Duzijn & Veldhuis, uitgegeven in 2006 door het Trimbos Instituut in Utrecht.

Deze werkset bevat een inhoudelijk hoofdstuk over mantelzorg en de POM-methodiek, de beschrijving van de methode zelf, handvatten voor organisatorische invoering en trainingen voor uitvoerders. Voorbeelden van de laatste zijn de POM-basistraining, de training gespreksvaardigheden en de training signalering van mantelzorgers. In de bijlagen is het motivationele model te vinden, het POM-registratieformulier, de EDIZ-vragenlijst, de aandachtspuntenlijst en de evaluatievragenlijst voor deelnemers aan een voorlichting over POM of aan een training in het uitvoeren van POM.

## 1.7 Benodigde competenties van de professional

De POM-methodiek is ontwikkeld voor professionals in de zorg die te maken hebben met mantelzorgsituaties. Deze professionals hebben hun eigen opleiding en daarin verworven competenties. Voor het werken met POM is een POM-basistraining opgenomen in het handboek van de methode. Deze training is gericht op het ontwikkelen van de volgende competenties voor POM-medewerkers:

- Ze zijn op de hoogte van de doelstelling, uitgangspunten en werkwijze van de POM-methodiek.
- Ze zijn in staat systematisch en adequaat POM-gesprekken te voeren met mantelzorgers.
- Ze stellen zich in het gesprek op als coach van de mantelzorg (preventieve houding).
- Ze zijn op de hoogte van de sociale kaart (Gids voor mantelzorgers) en kunnen deze op adequate wijze introduceren bij mantelzorgers.

Daarnaast voorziet het Handboek in de volgende trainingen:

- Training gespreksvaardigheden, om toekomstige POM-medewerkers extra te trainen in gespreksvaardigheden die nodig zijn voor het voeren van een POM-gesprek.
- Training Signaleren van mantelzorgers, om het signaleringsvermogen van professionals te vergroten.

Het Trimbos-instituut verzorgt een train-de-trainer aanbod voor preventiewerkers, gezondheidsbevorderaars, consulenten mantelzorgondersteuning en beleidsmedewerkers in de eerstelijns zorg, ouderenzorg, (geestelijke) gezondheidszorg en thuiszorg. De doelgroep van dit aanbod heeft taken op het gebied van zorginnovatie en wil mantelzorgondersteuning invoeren in de eigen instelling of in een regionaal samenwerkingsverband. Het doel van de training is de





deelnemers inzicht te geven in de uitgangspunten en principes van de POM-methodiek. De deelnemers krijgen handvatten aangereikt om de POM-methodiek te implementeren in de organisatie of binnen het samenwerkingsverband. Daarnaast is de training gericht op inzicht en vaardigheden om de POM-methodiek over te dragen aan anderen, zodat deze als POM-uitvoerder aan de slag kunnen. De training bestaat uit twee dagdelen van ieder drie uur.

## 1.8 Overige randvoorwaarden

### Kwaliteitsbewaking

Met het oog op kwaliteit van de uitvoering kan het Handboek POM alleen worden aangeschaft in combinatie met het bovenvermelde train-de-trainer aanbod.

Het Trimbos-instituut heeft recent in samenwerking met Prezens, Mediant en GGNet (instellingen die op dit moment meewerken aan een pilotstudie naar POM in de ggz), evaluatievragenlijsten ontwikkeld voor:

- POM-projectleiders
- POM-uitvoerders
- POM-ontvangers
- Hulpverleners van cliënten
- Cliënten.

Het leren werken met deze instrumenten maakt deel uit van het train-de-trainer aanbod. De vragenlijsten worden na afloop van de pilot bijgesteld en opgenomen in het Handboek.

### Kosten van interventie

De kosten van de interventie zijn niet bekend.

## 1.9 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies

### Preventie-op-Maat

Preventie-op-Maat (PoM) is de voorloper van de methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM). Deze methodiek is in 2000 ontwikkeld door Duzijn, Van Lammeren en Van Mierlo en richt zich op preventieve ondersteuning van mantelzorgers van depressieve ouderen. POM is als variant op de methodiek geschikt gemaakt voor alle mantelzorgers. Een belangrijke aanvulling in dat kader is de toevoeging van het motivationele model van Prochaska & DiClemente (1992).

De Preventie-op-Maat methodiek is erop gericht om samen met de mantelzorger in te schatten welke persoonlijke en sociale hulpbronnen beschikbaar zijn om de stressvolle situatie het hoofd te bieden en hieraan gekoppeld te inventariseren welke leemtes opgevuld kunnen worden (Duzijn e.a., 2000). In doelstelling en werkwijze zijn PoM en POM vergelijkbaar. De methoden





PoM en POM zijn dus soortgelijk. POM heeft alleen een bredere doelgroep. Een evaluatiestudie naar de methode PoM kan gebruikt worden als indirect wetenschappelijk bewijs. Gegevens uit deze studie komen terug in hoofdstuk 3 over praktijkervaringen van professionals en cliënten.

### **1.10 Contactgegevens ontwikkelaar**

Ontwikkelaar /licentiehouders van de interventie

**Naam**

Trimbos-instituut

**Adres**

Da Costakade 45  
3521 VS Utrecht

Tel.: 030 297 11 00

**Website**

[www.lsp-preventie.nl](http://www.lsp-preventie.nl)  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

**Contactpersoon**

Els Bransen  
E-mail: [ebransen@trimbos.nl](mailto:ebransen@trimbos.nl)





## 2. Onderbouwing

### 2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode

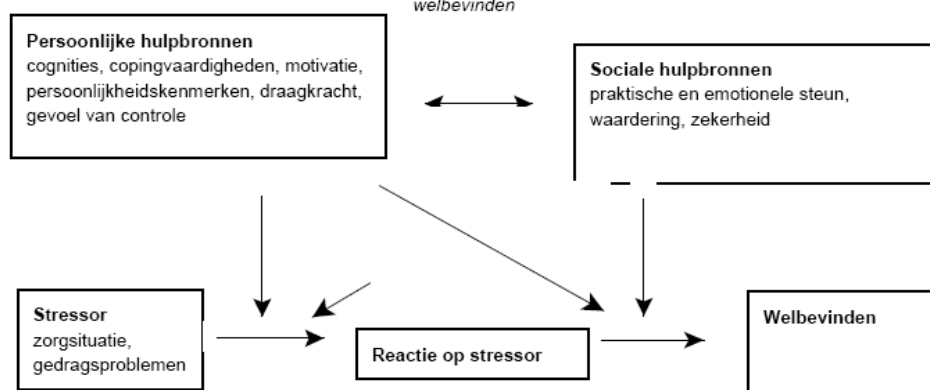
#### Ontstaansgeschiedenis methode

De methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorg (POM) komt voort uit de methodiek Preventie-op-Maat (PoM) die ontwikkeld is om mantelzorgers van depressieve ouderen te ondersteunen (Duzijn e.a., 2000). De methode is verder ontwikkeld en geschikt gemaakt voor mantelzorgers in het algemeen. Dit heeft geleid tot de methode POM. Op dit moment voert het Trimbos-instituut in samenwerking met de ggz-instellingen Prezens, Mediant en GGNet een pilotstudie uit naar POM in de ggz. Op basis van de uitkomsten van deze studie zal het handboek waar nodig herzien worden.

### 2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

De POM-methodiek is gebaseerd op een theoretisch model van de relatie tussen stress, coping en welbevinden (Duzijn e.a., 2000). Hiervoor is een model gebruikt van Gottlieb (1981, Duzijn e.a., 2000). Gottlieb hield in zijn model echter geen rekening met persoonlijke hulpbronnen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat persoonlijke hulpbronnen wel van belang zijn (Aneshensel e.a., 1995 in Duzijn e.a., 2000). De auteurs hebben zelf het oorspronkelijke model uitgebreid door persoonlijke hulpbronnen toe te voegen.

*Figuur 1 Theoretisch model van de relatie tussen stress, coping en welbevinden*



Dit model stelt dat de aanwezige stressor, in dit geval de zorgsituatie, nagenoeg onveranderbaar is. Dit betekent echter niet dat de reactie op die stressor en de daaruit voortvloeiende mate van welbevinden voor alle mantelzorgers gelijk is. Op het proces van stressor via reactie op stressor naar welbevinden zijn persoonlijke en sociale hulpbronnen van invloed. Deze hulpbronnen bieden aangrijpingspunten voor preventie van overbelasting wanneer de stressor onveranderbaar is.





Sociale en persoonlijke hulpbronnen zijn dus erg belangrijk om overbelasting te voorkomen.

### **Persoonlijke hulpbronnen**

Persoonlijke hulpbronnen zijn alle factoren in de persoon waaraan mensen steun kunnen ontleenen. Voorbeelden daarvan zijn sociale vaardigheden, kennis en inzicht en een positieve motivatie. Ook tevredenheid over zichzelf als verzorger en het beschikken over voldoende eigenwaarde en zelfvertrouwen zijn persoonlijke hulpbronnen. Mantelzorgers met een flexibele en assertieve opstelling kunnen situaties beter hanteren. Mensen die goed kunnen omgaan met teleurstelling en vervelende situaties, slagen er beter in om hun evenwicht te bewaren. Bij mantelzorgers gaat het dan vooral om het kunnen hanteren en accepteren van de symptomen van (lastig) gedrag van de zorgontvanger. Bij mantelzorgers die de ziekte van de zorgvrager niet kunnen accepteren, die zich machteloos en moedeloos voelen, vermindert de draagkracht.

Mantelzorgers met een positieve motivatie voelen zich door een goede band met de zorgontvanger gedreven zorg te blijven geven. Bij een neutrale motivatie zijn plicht en vanzelfsprekendheid het motief voor de zorg. Bij een negatieve motivatie ervaart de mantelzorger de zorg als noodgedwongen (Roering & Van Lammeren, 1996; in: Duzijn e.a., 2000).

### **Sociale hulpbronnen: sociale steun**

Een netwerk van sociale relaties waaraan de mantelzorger steun ontleent, heeft een belangrijke positieve invloed op de ervaren belasting. Het sociale netwerk beïnvloedt de draagkracht van de mantelzorger op een negatieve manier, wanneer de mensen uit het netwerk contact vermijden. Een veelgehoord geluid van mantelzorgers is dat mensen uit hun naaste omgeving, maar ook hulpverleners, vaak weinig begrip hebben voor hun situatie en weinig waardering tonen (Roering & Van Lammeren, 1996, in: Duzijn e.a., 2000). Doordat ze minder tijd hebben, nemen de sociale activiteiten van mantelzorgers af. Daardoor is de kans groot dat hun sociale netwerk afbrokkelt, waardoor de mantelzorger minder steun krijgt.

### **Motiverend gesprek**

In de POM-methodiek vindt de gespreksvoering plaats op basis van het motivationele model van Prochaska & DiClemente (1992, in: Duzijn e.a., 2000). Men beoogt de mantelzorgsituatie te veranderen door mantelzorgers te motiveren om hulp en ondersteuning te accepteren. Het model laat zien welke determinanten in een bepaalde fase invloed kunnen hebben op de motivatie en op gedragsverandering. Het gesprek dat de POM-medewerker voert met gebruikmaking van de EDIZ-vragenlijst bevordert het inzicht en de motivatie van de mantelzorger. Hierdoor kan de mantelzorger tijdig extra hulp inschakelen, waardoor hij langer in staat blijft zorg te verlenen. Er zijn maar weinig ondersteuningsprogramma's die aandacht besteden aan de motivatie van de mantelzorger volgens de principes van het handboek. Het gevolg is vaak teleurstelling, zowel bij de hulpverlener als bij de mantelzorger. De hulpverlener doet een ondersteuningsaanbod maar de mantelzorger maakt er geen gebruik van. Vervolgens trekt de hulpverlener zich terug en voelt de mantelzorger zich in de steek gelaten.







## 3. Onderzoek praktijkervaringen

### 3.1 Uitvoerende organisaties

De POM-methodiek wordt door verschillende instanties gebruikt, voornamelijk thuiszorginstellingen en ggz-instellingen. Ook individuele mantelzorgconsulenten passen de methode toe. Omdat de methode zich niet op één specifiek soort mantelzorger richt, kan zij breed ingezet worden.

Geografisch gezien wordt de POM-methodiek verspreid over het land gebruikt. Bijvoorbeeld in Amsterdam waar mantelzorgers/familieleden van (nieuwe) cliënten van een ggz-kliniek een POM-gesprek aangeboden krijgen. De Dienst Zorg en Samenleven van de gemeente Amsterdam financiert dit. Ook andere ggz-instellingen (Symora, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Mediant, Lentis) voeren binnen wisselende afdelingen (ouderen, langdurige zorg, voordeur) POM-gesprekken met mantelzorgers. Dit wordt gefinancierd vanuit de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) waar de cliënt onder valt of vanuit de Wmo. In Twente voert de thuiszorgorganisatie Carint Reggeland al enkele jaren POM-gesprekken met mantelzorgers van eigen cliënten maar ook met andere mantelzorgers.

De hieronder beschreven praktijkervaringen van de professional en cliënt/burger zijn gebaseerd op de volgende publicaties:

1. *Mantelzorg zonder zorgen? Methodieontwikkeling en procesevaluatie van het Preventie-op-Maat aanbod voor mantelzorgers van depressieve ouderen*, geschreven door B. Duzijn, P. van Lammeren en F. van Mierlo, uitgegeven in 2000 door Trimbos Instituut in Utrecht.

Het betreft hier een onderzoek naar de zeer vergelijkbare voorloper van POM, namelijk Preventie op Maat (PoM)(zie 1.9). De PoM-methode is geëvalueerd door middel van een processtudie nadat de methode in zeven ggz-instellingen was toegepast. Hierbij is gekeken naar drie groepen respondenten: hulpverleners, preventiewerkers en mantelzorgers. Hulpverleners zijn bij de PoM-methode degenen die uiteindelijk het gesprek voeren. Hun visie op de methode is dan ook belangrijk. Preventiewerkers fungeren als PoM-contactpersoon binnen een instelling. Zij introduceren PoM en zorgen voor de PoM-training. Met preventiemedewerkers hebben de onderzoekers stilgestaan bij hun rol, de knelpunten, wat goed gaat en wat verbeterd kan worden. Mantelzorgers is gevraagd hoe zij PoM ervaren en wat de methode hen heeft opgeleverd.

Er zijn verschillende onderzoeksinstrumenten gebruikt. Drie hulpverleners zijn telefonisch geïnterviewd. Daarnaast hebben alle hulpverleners een aantal aanvullende vragen schriftelijk ingevuld over het PoM-aanbod. De preventiewerkers van de betrokken instellingen bewaakten





het proces en gaven bevindingen door aan het Trimbos-instituut. Via de preventiewerkers hebben de onderzoekers meer zicht gekregen op de visie van hulpverleners op het PoM-aanbod. De informatie van mantelzorgers is verkregen uit een EDIZ-vragenlijst die door 49 mantelzorgers is ingevuld. Deze 49 mantelzorgers hebben ook een checklist ingevuld. Daarvan hebben er 38 een evaluatieformulier ingevuld over het PoM-gesprek. Als aanvulling daarop zijn nog enkele mantelzorgers geïnterviewd.

*2. Project Preventieve Ondersteuning van Mantelzorgers. Een initiatief van InterZorg Ouderen en Mediant GGZ, geschreven door Mediant GGZ, uitgeven in 2004 door Mediant GGZ in Enschede.*

Vanaf 2002 is POM in een driejarig project in Oost Twente geïmplementeerd. In 16 instellingen zijn 81 POM-medewerkers opgeleid en 172 POM-gesprekken gevoerd. Tijdens het project is er voortdurend geëvalueerd. De onderzoeksinstrumenten waren: POM-formulieren, enquêtes onder mantelzorgers en POM-medewerkers en evaluatiebijeenkomsten met POM-medewerkers en contactpersonen van de deelnemende instellingen.

### **3.2 Praktijkervaringen van de professional**

#### **Hulpverleners**

De hulpverleners staan in het algemeen achter het POM-aanbod (Duzijn e.a., 2000; Mediant 2004). De hulpverleners geven in 54% van de gevallen aan dat er problemen boven tafel gekomen zijn die zonder een POM-gesprek niet naar voren waren gekomen (Mediant, 2004). De hulpverleners ervaren de handleiding als goed en duidelijk, maar de checklist van PoM om knelpunten en behoeften van mantelzorgers in kaart te brengen vinden ze minder goed. Deze zou nader uitgewerkt en toegelicht moeten worden (Duzijn e.a., 2000). De Gids voor mantelzorgers wordt in 90% van de gevallen gebruikt en hoog gewaardeerd door hulpverleners (Mediant, 2004). Uit beide onderzoeken blijkt tegelijkertijd ook dat POM-medewerkers graag dieper op de problematiek willen ingaan en langer begeleiding willen bieden. Het idee van POM is echter het versterken van de eigen capaciteiten van de mantelzorger door middel van één of twee gesprekken.

Volgens de inschatting van de hulpverleners hebben de meeste mantelzorgers het PoM-gesprek nuttig en prettig gevonden. Ze hebben steun ervaren, informatie of omgangsadviezen gekregen of zijn tot nieuwe inzichten gekomen. Voor iets minder dan de helft van de mantelzorgers heeft het gesprek echter weinig concrete verandering gebracht in hun zorgsituatie (Duzijn e.a., 2000). Enkele hulpverleners zijn van mening dat mantelzorgers het nut van het aanbod niet inzien en geen behoefte aan ondersteuning hebben. De motivatie voor een PoM-gesprek is dan ook minder. Deze hulpverleners adviseren dan ook om meer onderzoek te doen naar de behoeften van mantelzorgers.

Andere hulpverleners adviseren om PoM uit te breiden naar alle mantelzorgers. Ook willen hulpverleners dat het PoM-aanbod gaat behoren tot het reguliere aanbod van de instelling (Duzijn e.a., 2000). Van de POM-medewerkers geeft 72% aan dat er naar aanleiding van POM





binnen hun instelling meer aandacht is gekomen voor mantelzorgers. Van de hulpverleners wil 93% doorgaan met POM (Mediant, 2004). Zij hopen dat mantelzorg 'een vaste plaats krijgt in het zorgproces'.

Uit het onderzoek van Mediant (2004) komt verder naar voren dat 44% van de hulpverleners zelf anders naar mantelzorgers is gaan kijken door het toepassen van POM. Hulpverleners geven aan dat het 'toch zwaarder is dan je verwacht had', of dat ze 'nog meer rekening houden met de behoeften en wensen van mantelzorgers'.

### **Preventiewerkers**

Het is de taak van preventiewerkers om hulpverleners te motiveren en te coördineren bij het uitvoeren van PoM. In de onderzochte instellingen kwam het PoM-aanbod moeizaam van de grond (Duzijn e.a., 2000). De visie van preventiewerkers op het minder vlotte verloop van PoM kan worden samengevat als:

- PoM is gericht op mantelzorgers van depressieve ouderen. Daarvan kwamen er weinig aanmeldingen binnen.
- In de pilotfase kampte men met personele problematiek.
- PoM heeft geen prioriteit bij de hulpverlener. Hulpverleners kunnen het als extra tijdsinvestering zien en er is minder tijd voor preventie.
- De hulpverleners hebben de preventieve attitude die het PoM-gesprek vereist nog te weinig geïntegreerd in hun manier van werken.
- De systeemtherapeutische visie van sommige hulpverleners verdraagt zich slecht met het PoM-aanbod. Zij vinden het niet wenselijk om de depressieve oudere en zijn mantelzorger apart te spreken.
- Hulpverleners zijn soms te zeer gericht op problemen, waardoor mantelzorgers minder gemotiveerd zijn.

De preventiewerkers zien evenals de hulpverleners het uitbreiden van PoM naar andere doelgroepen en het uitbreiden van het PoM-aanbod naar andere dan ggz-instellingen als een verbetering. Hierin voorziet de nieuwe methode Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) die gericht is op alle mantelzorgers. Daarnaast geven preventiewerkers nog aan dat het goed kan zijn om het PoM-gesprek door niet-hulpverleners te laten uitvoeren, omdat hulpverleners te zeer gericht zijn op problemen. Ook kan PoM volgens hen beter gepresenteerd worden als standaardprocedure binnen een instelling.

Uit het onderzoek van Mediant (2004) blijkt dat er grote verschillen zijn tussen de verschillende instellingen. In het POM-project heeft men een flexibele werkwijze die zoveel mogelijk is aangepast aan de diversiteit binnen de organisaties. Preventiewerkers hebben blijkbaar binnen hun organisatie ruimte voor eigen invulling.





### 3.3 Praktijkervaringen van de cliënt/burger

#### Mantelzorgers

Duzijn e.a (2000) geven allereerst een beschrijving van hun respondenten. De onderzochte mantelzorgers zijn vooral partners en dochters van cliënten, ongeveer de helft is ouder dan 65 jaar. De respondenten van het onderzoek ervaren een tamelijk hoge druk en hun psychisch welbevinden staat onder spanning. De ervaren druk resulteert bovendien in minder tijd voor het eigen sociale netwerk. Dat wijst op het belang van sociale steun in het PoM-aanbod.

Mantelzorgers zonder partners met werk buitenshuis ervaren meer belasting dan andere mantelzorgers. Jonge vrouwelijke mantelzorgers die zorgen voor niet zelfstandig wonende ouderen en die deze zorg niet kunnen delen met broers of zussen, ervaren daarvan de meeste belasting. Verder hebben mantelzorgers met informatieproblemen en een praktische ondersteuningsbehoefte, die zorgen voor een niet zelfstandig wonende oudere man, een lager psychisch welbevinden dan de overige mantelzorgers. Mantelzorgers vinden het tekort aan informatie over het ziektebeeld en de omgang met medicatie, gedrag of crisissituaties een probleem. Op de tweede plaats komen emotionele problemen.

Uit het onderzoek blijkt dat hulpverleners geneigd zijn de belasting van de mantelzorgers hoger in te schatten dan de mantelzorgers zelf (Duzijn e.a., 2000).

#### Het PoM-gesprek

De motivatie van de mantelzorgers om deel te nemen aan het PoM-gesprek ligt vooral in de behoefte aan ondersteuning en omgangsadviezen. Mantelzorgers willen met name informatie over het ziektebeeld. De behoefte aan ondersteuning is, vergeleken met de problemen, steeds lager dan hulpverleners verwachten. Dit kan komen door schroom maar het kan ook betekenen dat er voldoende ondersteuning aanwezig is. Hoewel veel mantelzorgers voorafgaand aan het gesprek weinig specifieke behoeften en wensen hebben, heeft de helft van de mantelzorgers achteraf het gevoel dat het aanbod goed bij hen aansluit. Een luisterend oor, begrip en het gevoel bij de hulpverlener terecht te kunnen, worden als grootste winstpunten van het gesprek genoemd. Mantelzorgers lijken het aanbod positiever te beoordelen naarmate ze meer belasting ervaren. Alle mantelzorgers uit het onderzoek van Mediant (2004) hebben aangegeven dat informatie belangrijk was in het POM-gesprek. Uit dit onderzoek blijkt 62% van de mantelzorgers te vinden dat ze beter kunnen omgaan met de ziekte van hun naaste doordat ze informatie hebben gekregen. Volgens de mantelzorgers vinden de depressieve ouderen het aanbod goed voor mantelzorgers. Een minderheid is bang dat er in het gesprek over hem of haar gesproken zal worden.

Door het POM-gesprek gaan mantelzorgers eerder naar de hulpverlening. Tweederde zou anderen het gesprek aanraden en het gemiddelde rapportcijfer dat mantelzorgers geven is een 7,6. Het POM-gesprek zorgt ervoor dat mantelzorgers beter in staat zijn om hun eigen grenzen aan te geven (73%) en dat het makkelijker is om tijdig hulp in te schakelen (92%). Alle mantelzorgers geven aan dat het makkelijker is om hulp in te schakelen, omdat ze weten wie ze daarvoor moeten bellen. Het contact tussen de zorginstelling en de mantelzorgers is in 87% van de gevallen verbeterd.

Over de invloed van het POM-gesprek op de inzet van zorg kwam het volgende naar voren. Van de mantelzorgers geeft 45% aan dat deze invloed heeft geleid tot een verbetering van zorg





rondom de cliënt. Bij 19% heeft het geleid tot voorkoming van opname. In 27% van de gevallen is inzet van extra zorg voorkomen. Bij 45% is er extra inzet vanuit de eigen organisatie gekomen en bij 34% vanuit een andere organisatie. In 46% van de gevallen is verwezen naar het Steunpunt Informele Zorg.

#### **Vervolgaanbod**

Slechts 17% van de mantelzorgers is ingegaan op het vervolgaanbod dat de hulpverlener hen bij het eerste contact heeft gedaan. Het merendeel gaf aan hier geen behoefte aan te hebben. Ongeveer 40% ervaart ten tijde van het follow-upgesprek problemen in verband met de zorgsituatie. De ondersteuningsbehoefte ligt hier ver onder (20%). De gemiddelde ervaren belasting lijkt bij de follow-up wat lager te zijn dan bij het eerste contact (2.1 tegenover 2.8, gemeten op een schaal van 1 tot 5 (Duzijn e.a., 2000)).

### **3.4 Praktijkvoorbeeld**

In gevonden publicaties over de methode staan geen casestudies beschreven die illustreren hoe de methode in een specifiek geval is toegepast in de praktijk.





## 4. Effectonderzoek

---

### 4.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit

#### Nederlandse primaire onderzoeken naar de effectiviteit van de methode

De ontwikkelaar voert geen onderzoek aan naar de effectiviteit van de methode. Dergelijk onderzoek is evenmin gevonden bij de door MOVISIE uitgevoerde literatuursearch (zie 6.1).

### 4.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit

De ontwikkelaar voert geen studies aan naar soortgelijke methoden, noch in Nederland, noch in het buitenland. Dergelijke studies zijn ook niet gevonden tijdens de door MOVISIE uitgevoerde literatuursearches (zie 6.1).





## 5. Conclusies

---

### 5.1 Samenvatting werkzame elementen

- De preventieve benadering (1, 2).
- Actieve opsporing van mantelzorgers door hulpverleners (1, 3).
- Aandacht voor motiverende gespreksvoering via het motivationele model (1, 2).
- Gebruik van persoonlijke en sociale hulpbronnen (1, 2, 3).
- Ondersteuningsaanbod via de gids voor mantelzorgers(1, 2, 3).
- Goede informatievoorziening (1, 2, 3).
- Aansluiting bij de behoefte van de mantelzorger (1, 2, 3).

#### Verklaring classificatie veronderstelde werkzame elementen:

1 = Veronderstelling ontwikkelaar

2 = Wetenschappelijke of theoretische onderbouwing

3 = Praktijkervaringen

4 = Wetenschappelijk effectonderzoek.

Zie voor een toelichting de desbetreffende onderdelen van het werkblad.

### 5.2 Samenvatting effectonderzoek

Er zijn geen wetenschappelijke onderzoeken gevonden die directe of indirecte aanwijzingen leveren voor de effectiviteit van de methode.

#### Verklaring classificatie voor typering onderzoeksopzet:

A = Experimenteel onderzoek in de praktijk en met *follow-up*

B = Quasi-experimenteel onderzoek in de praktijk en met *follow-up*

C = (Quasi-) experimenteel onderzoek, in de praktijk (zonder *follow-up*)

D = (Quasi-) experimenteel onderzoek, niet in de praktijk

E = Veranderingsonderzoek

F = *Monitoring*

Z = Geen van de voorgaande alternatieven.

Zie voor een toelichting bijlage 3.





## 6. Verantwoording

### 6.1 Zoeken en selecteren van literatuur

#### Zoekvraag en zoektermen

Wat is bekend over de aanpak, onderbouwing en toepassing in de praktijk van de methode Preventieve ondersteuning Mantelzorg?

Op basis van de volgende zoektermen is gezocht naar literatuur over de methode:

- Preventie/ prevention
- Mantelzorg/ informal care/ family care

#### Zoekstrategieën

- Het beschikbare materiaal is opgevraagd bij de ontwikkelaar en aanbieder.
- Er is gezocht in meerdere Nederlandse en internationale databanken:
  - Catalogus MOVISIE
  - Catalogus Vilans
  - Catalogus Trimbos
  - I-database (Loket Gezond Leven)
  - Narcis (voorheen Darenet)
  - HBO Kennisbank
  - Ebsco en ProQuest :
    - Cochrane Database of Systematic Reviews
    - Cochrane Controlled Trials Register
    - Database of Abstracts of Reviews of Effects (bevat o beide bovenstaande + Cochrane Database of Systematic Reviews)
    - Campbell Library of Systematic Reviews
    - SocINDEX
    - Sociological Abstracts with ProQuest Full-Text
    - Social Work abstracts
    - Social Services Abstracts
    - ERIC (education)
    - MEDLINE/PubMed
    - Francis (multidisciplinair)
    - IBSS (socaalwetenschappelijk)
    - PsychINFO
- De referenties van het reeds gevonden materiaal zijn gecheckt.
- Research via het internet

#### Selecteren van literatuur

Aangezien er geen vergelijkbare methode buiten Nederland is, is de internationale literatuur buiten beschouwing gelaten. De literatuur die de eigenaar van de methode beschikbaar heeft gesteld is gebruikt. Er is geen aanvullende relevante literatuur gevonden.







## 6.2 Literatuur

Duzijn, B., Veldhuis, M. (2006) *Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers. Methodiek voor systematische opsporing en preventieve ondersteuning van mantelzorgers. Werkset voor preventiewerkers en zorgvernieuwers*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Duzijn, B., Lammeren, P. van., Mierlo, F. van. (2000) *Mantelzorg zonder zorgen? Methodiekontwikkeling en procesevaluatie van het Preventie-op-Maat aanbod voor mantelzorgers van depressieve ouderen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Mediant GGZ (2004) *Project Preventieve Ondersteuning van Mantelzorgers. Een initiatief van InterZorg Ouderen en Mediant GGZ*. Enschede: Mediant GGZ.





## Bijlage 1 – Toelichting effectonderzoek

---

Voor het vaststellen van de effectiviteit van methoden (onderdeel 4 van het werkblad) moet het onderzoek hiernaar systematisch in kaart worden gebracht (bijlagen 2 en 3).

### Directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit

Er zijn twee typen aanwijzingen voor de effectiviteit van een methode:

- **Directe aanwijzingen.** Resultaten uit onderzoek die betrekking hebben op precies die methode die in het onderhavige document is beschreven.
- **Indirecte aanwijzingen.** Resultaten uit onderzoek naar andere methoden met hetzelfde doel en dezelfde doelgroep en aanpak.  
Deze worden hier verder aangeduid als 'soortgelijke methoden'. Het gaat hier om:
  - Resultaten uit onderzoek naar buitenlandse versies van de methode (zoals *Motivational interviewing*, de Amerikaanse variant van de Nederlandse Motiverende gespreksvoering).
  - Resultaten uit onderzoek naar de effectiviteit van Nederlandse methoden die tot hetzelfde type of dezelfde 'familie' behoren (zoals de Nederlandse activeringsmethoden die gebaseerd zijn op *Supported employment*).

Soms zijn er onvoldoende directe aanwijzingen of kunnen relevante indirecte aanwijzingen de directe aanwijzingen ondersteunen. Bij de selectie van soortgelijke methoden is maatgevend in hoeverre de methode in de kern overeenkomt met de beschreven methode. Wanneer dit niet duidelijk is of wanneer de methode te zeer verschilt, is er geen sprake van een soortgelijke methode en dus ook niet van indirect bewijs voor effect.

Wanneer een methode veelvuldig is onderzocht, is het aantal primaire onderzoeken soms te groot om binnen het kader van *Effectieve sociale interventies* te analyseren. Veelal zijn de primaire onderzoeken dan al geanalyseerd in *reviews* en metastudies. In dat geval gebruiken we de informatie uit deze overzichtsstudies. We volstaan dan met een globale analyse van de effectiviteit zoals gebleken uit de overzichtsstudies. Dit vullen we eventueel aan met een meer uitgebreide analyse van de (recente) primaire studies die (nog) niet in de overzichtsstudies zijn opgenomen.

### Kenmerken effectonderzoek

Bij onderdeel 4 van het werkblad gaan we ervan uit dat er sprake is van een effectonderzoek wanneer er ten minste een meting heeft plaats gevonden dat een cijfermatige indicatie geeft van het effect van een methode. Onderzoek naar de door professionals, burgers en/of cliënten ervaren effectiviteit van een methode nemen we mee in onderdeel 3 van het werkblad.

Het methodologische gewicht van het effectonderzoek en de resultaten daarvan wordt onder meer bepaald door de aanwezigheid van een voor- en nameting, een controlegroep, de willekeurige samenstelling daarvan, de modelgetrouwheid van de methode en de uitvoering van een follow-upmeting. Het methodologische gewicht varieert van 'licht' effectonderzoek (monitoring- of veranderingsonderzoek) tot 'zwaar' effectonderzoek (Randomized Controlled Trial, RCT) en diverse vormen daar tussenin. Hoe 'zwaarder' het effectonderzoek, hoe 'harder' de uitspraken over de effectiviteit zijn. Dit wil niet zeggen dat er altijd gekozen moet worden voor zo zwaar mogelijk





effectonderzoek. Welk type effectonderzoek het meest passend is, hangt af van de kenmerken en het ontwikkelingsstadium van de methode en de beschikbare financiële middelen.

Bijlage 3 geeft een stapsgewijze uiteenzetting van de kenmerken per onderzoek en geeft een typering van de onderzoeksopzet. Het gaat daarbij om het objectief beschrijven van de kenmerken (onderdelen B t/m D). Externe deskundigen beoordelen in een later stadium de kwaliteit van het onderzoek (onderdelen E en F).

### **Gemeten effecten**

In een tabel (bijlage 3, onderdeel G) worden de onderzoeksresultaten cijfermatig gepresenteerd. De onderzoeksresultaten kunnen aanwijzingen geven voor positieve, geen of negatieve effecten.

#### *Uitkomstmaten*

Effectonderzoeken beantwoorden een beperkt aantal vragen. De gestelde vragen worden aangeduid als 'uitkomstmaten'. Alleen op deze uitkomstmaten wordt een effect gemeten. Er kan alleen iets over effect gezegd worden voor zover het betrekking heeft op één van de onderzochte uitkomstmaten. In bijlage 3 wordt het effect dan ook per uitkomstmaat aangegeven.

#### *Effectgrootte*

De mate waarin een resultaat als positief is aan te merken, is mede afhankelijk van de effectgrootte. Tot voor kort werd het effect van een methode vooral uitgedrukt in een statistisch significant verschil tussen voor- en nameting, of tussen voor- en nameting en *follow-up*, of tussen de nameting van de experimentele en controlegroep. Een probleem bij deze aanpak is dat grote verschilscores in kleine groepen vaak niet significant zijn. Bij grote groepen kunnen heel kleine verschillen weliswaar als zeer significant uit de bus komen, maar praktisch gezien van weinig waarde zijn. De laatste jaren wordt er vaak voor gekozen om naast de statistische significantie ook de zogeheten effectgrootte d ('effectsize', ook wel aangeduid met ES) te rapporteren. Dit is een index die aangeeft hoe groot het waargenomen verschil is tussen voor- en nameting of tussen experimentele (interventie-) en controlegroep. Er bestaan verschillende formules voor het berekenen van d. De bekendste is<sup>1</sup>:

$$d = \frac{\text{gemiddelde score nameting interventiegroep} - \text{gemiddelde score nameting controlegroep}}{\text{'gepoolde' standaarddeviatie van beide groepen}}$$

De formule voor het berekenen van de 'gepoolde' standaarddeviatie luidt daarbij als volgt:

$$\sqrt{\left( \frac{(n_i - 1)sd_i^2 + (n_c - 1)sd_c^2}{n_i + n_c - 2} \right)}$$

Hierbij staat de i voor interventiegroep of experimentgroep en de c voor controlegroep, sd i en sd c zijn de standaarddeviaties van respectievelijk de interventie- en controlegroep en ni en nc de steekproefgrootte van de interventie – en controlegroep.

---

<sup>1</sup> Zie Rossi, P.H., M.W. Lipsey & H.E. Freeman (2004). Evaluation. A systematic approach (7th ed.). Thousand Oaks: Sage.





De index wordt een positieve waarde toegekend als het effect bij de interventiegroep (experimentele groep) gunstiger is dan bij de controlegroep en een negatieve waarde als het effect voor de controlegroep gunstiger is. Vuistregel bij de betekenis van  $d$  of ES is als volgt:

$d$  of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect;  
 $d$  of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect;  
 $d$  of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect.<sup>2</sup>

In sommige onderzoeksrapporten worden andere effectmaten gebruikt, in dat geval worden deze overgenomen.

---

<sup>2</sup> Zie o.a. Cohen, J (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.





## Bijlage 2 – Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken

### Onderzoeken naar praktijkervaringen (deel 3)

Methodie	Onderzoek 1	Onderzoek 2
Titel rapport	Mantelzorg zonder zorgen?	Project Preventieve Ondersteuning van Mantelzorgers
Auteur	B. Duzijn, P. van Lammeren, F. van Mierlo	
Jaar	2000	2004
Uitgever	Trimbos instituut, Utrecht	Mediant GGZ
Onderzoeks- vraag	Procesevaluatie van de toepassing van PoM in zeven ggz-instellingen	Evaluatie van een driejarig project van POM in Oost Twente, bij 16 instellingen.
In het onderzoek betrokken doelgroep	Hulpverleners, preventiewerkers, mantelzorgers (49)	POM medewerkers (81), mantelzorgers (172)
Aantal geïnccludeerde subjecten (n)	Onduidelijk	Zie hierboven.

