

Systematische implementatie van de Liberman Modules in Nederland

Onderzoek naar de implementatie van de modules 'Omgaan met psychotische symptomen' en 'Omgaan met antipsychotische medicatie' in drie GGZ-instellingen

N. van Erp
M. van Vugt
D. Verhoeven
F. Giesen
H. Blankman
R. Jansen
H. Kroon

M.m.v. R. van den Berg, M. Heuvelink, T. op 't Hoog, L. Molkenboer, A. van Ree

Colofon

Opdrachtgever
Stichting Liberman Modules

Financiering
ZON MW Programma Doelmatigheid



Projectleiding
Nicole van Erp
Hans Kroon

Projectuitvoering
Femke Giesen (t/m oktober 2005)
Maaïke van Vugt (vanaf april 2006)
Nicole van Erp

Productiebegeleiding
Hessel den Uijl
Omslagontwerp en productie
Ladenius Communicatie BV Houten

Klankbordgroep
Stan van Heerebeek Anoiksis
Franca Hiddink Cenzor / Lentis
Hein Koger Ypsilon (t/m augustus 2007)
Roland van Linge Sciencia Kennistransfer GGZ
Hans Nusselder Mentrum
Dorien Verhoeven Stichting Liberman Modules

Projectgroep
Rob van den Berg Mediant (t/m november 2006)
Marian Heuvelink Mediant (vanaf december 2006)
Ton op 't Hoog GGZ Midden Brabant
Lout Molkenboer GGZ Midden Brabant
Annette van Ree Meerkanten

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 00; fax: 030-297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl. Onder vermelding van artikelnummer XXXX. U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 90-5253-XXX-X
ISBN 978-90-5253-XXX-X
Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
www.trimbos.nl
T: 030-2971100
F: 030-2971111

© 2008, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

***'Progress is not linear, but three steps forward
and two steps back'***

(Wye in Grol & Wensing, 2001)

Inhoud

Inleiding	7
1 Opzet van het onderzoek	9
1.1 Doel- en vraagstelling	9
1.2 Onderzoeksactiviteiten	9
2 Evidentie voor de Liberman modules	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Opzet literatuurstudie	11
2.3 Kenmerken studies	12
2.4 Resultaten studies	17
2.5 Conclusie	18
3 Implementatiegraad van de GGZ-instellingen	19
3.1 Inleiding	19
3.2 GGZ Midden-Brabant	19
3.3 Meerkanten	23
3.4 Mediant	26
3.5 Conclusie	29
4 Beschrijving van het implementatieproces	31
4.1 Inleiding	31
4.2 Ervaringen van trainers en hulpverleners met de trainingen	31
4.3 Ervaringen van cliënten met de trainingen	32
4.4 Visie van verwijzers	34
4.5 Bevorderende factoren	35
4.6 Belemmerende factoren	36
4.7 Gehanteerde strategieën	38
4.8 Conclusie	38
5 Modelgetrouwheid van de trainingen	41
5.1 Inleiding	41
5.2 Inzet binnen het implementatieonderzoek	41
5.3 Uitvoering en verwerking	41
5.4 Conclusie	44
6 Strategie voor structurele implementatie	45
6.1 Inleiding	45
6.2 Model voor effectieve implementatie	45
6.3 Voorbereidingsfase	47
6.4 Uitvoeringsfase	50
6.5 Verankeringsfase	55
7 Samenvatting en conclusies	57
7.1 Samenvatting	57
7.2 Conclusies	58
7.3 Aanbevelingen	61
Bijlage 1	63
Bijlage 2	67
Bijlage 3	71

Inleiding

Eind jaren tachtig ontwikkelt de University of California Los Angeles (UCLA) twee revalidatieprogramma's om cliënten zelfmanagementvaardigheden aan te leren om beter om te gaan met hun symptomen en medicatie: de Liberman modules 'Omgaan met antipsychotische medicatie' en 'Omgaan met psychotische symptomen'. De Liberman modules zijn gestructureerde vaardigheidstrainingen die cliënten de benodigde praktische en sociale vaardigheden aanleren die hen helpen om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren.

In 1996 werden de Liberman modules in Nederland geïntroduceerd door de Stichting Liberman Modules, een non-profit organisatie die de verspreiding van de modules verzorgt en ondersteunt. De modules vonden gretig aftrek en zowel hulpverleners als cliënten waren tevreden met de modules. Hoewel de instellingen een brede implementatie voor cliënten met schizofrenie of aanverwante stoornissen (de doelgroep van de modules) op het oog hadden, werd dit ideaal nauwelijks gerealiseerd. Kleinschalig onderzoek wees op een aantal praktische en motivationele barrières, die brede en voortdurende verspreiding in de weg staan.

Met het onderzoek 'Optimalization of the reach of the Liberman modules 'Symptom management' and 'Medication Management' beogen het Trimbos-instituut (Ti) en de Stichting Liberman Modules (SLM) een strategie te ontwikkelen voor een instellingsbrede implementatie van de eerste twee Liberman modules: 'Omgaan met antipsychotische medicatie' en 'Omgaan met psychotische symptomen'. Het project is beperkt tot de eerste twee modules, omdat die het meest uitgebreid onderzocht zijn. Uit onderzoek blijkt dat toepassing van deze modules gepaard gaat met meer kennis, grotere vaardigheden en een beter sociaal functioneren (zie ook hoofdstuk 2).

De eerste Liberman Module '*Omgaan met antipsychotische medicatie*' is vanaf 1996 beschikbaar en in 2005 opnieuw geredigeerd en uitgebreid met een vijfde vaardigheidsdomein over lang werkende medicatie per injectie. Deze module richt zich op cliënten die in aanmerking komen voor een behandeling met antipsychotische medicatie. De cliënt wordt een actieve en zelfstandige rol toebedeeld bij het omgaan met de medicatie. Het doel is medicatietrouw te bevorderen door de cliënt inzicht te geven in de noodzaak van gebruik van de medicatie. De module is opgebouwd uit de volgende vijf vaardigheidsdomeinen:

1. Informatie verzamelen over antipsychotische medicatie;
2. Correct gebruik van medicijnen en evaluatie van effecten;
3. Herkennen van bijwerkingen van medicatie;
4. Bespreken van problemen met medicatie;
5. Omgaan met lang werkende medicatie per injectie.

De module '*Omgaan met psychotische symptomen*' is vanaf 1997 beschikbaar in Nederland. De module is bedoeld voor cliënten die te maken hebben met psychotische symptomen. Het doel is om terugval te voorkomen door de cliënt te leren waarschuwingssignalen te herkennen. De module bestaat uit de volgende vier vaardigheidsdomeinen:

1. Herkennen van waarschuwingssignalen;
2. Omgaan met waarschuwingssignalen;
3. Omgaan met blijvende symptomen;
4. Omgaan met alcohol en drugs.

Beide modules zijn op dezelfde gestructureerde manier opgebouwd. Ieder vaardigheidsdomein behandelt een deelvaardigheid aan de hand van zeven leerstappen. Deze stappen zijn: Inleiding op het vaardigheidsdomein, videodemonstratie en vraag- en antwoordsessie, rollenspel, keuze van hulpmiddelen, probleemsituaties, praktijkoefeningen en huiswerkopdrachten. In elke module wordt de techniek voor het oplossen van problemen geoefend en worden communicatievaardigheden besproken en getraind.

De trainingen worden in groepsverband aangeboden aan cliënten en zijn bedoeld voor cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie. De trainingen kunnen in nagenoeg elke behandelsetting worden ingezet, zowel klinisch als ambulant. De modules zijn toepasbaar bij zowel chronische cliënten als bij cliënten die herstellen van een eerste psychotische episode. De methodiek houdt rekening met eventuele cognitieve beperkingen van cliënten. De modules bestaan uit een handleiding voor de trainer, tien werkboeken voor de deelnemers en een instructievideo/DVD.

Inhoud van het rapport

In hoofdstuk 1 worden de doel- en vraagstelling en de onderzoeksactiviteiten nader toegelicht. Hoofdstuk 2 biedt een overzicht van de wetenschappelijke evidentie voor de eerste twee Liberman modules. In hoofdstuk 3 wordt de implementatiegraad van de drie GGZ-instellingen tijdens de drie metingen beschreven. In hoofdstuk 4 wordt het implementatieproces beschreven, waarbij speciale aandacht uitgaat naar het perspectief van cliënten en de visie van verwijzers. Vervolgens komt in hoofdstuk 5 de modelgetrouwheid van de trainingen aan bod, waarbij de beoordeling van de competentie van de trainers centraal staat. Hoofdstuk 6 vormt de kern van deze rapportage: hierin wordt de strategie voor de structurele implementatie van de Liberman modules gepresenteerd. Ten slotte worden in hoofdstuk 7 de belangrijkste conclusies van dit onderzoek kort toegelicht.

1 Opzet van het onderzoek

1.1 Doel- en vraagstelling

In drie GGZ-instellingen (Mediant, GGZ Midden Brabant en Meerkanten) is een systematische en modelgetrouwe implementatie van de modules 'Omgaan met antipsychotische medicatie' en 'Omgaan met psychotische stoornissen' uitgevoerd. Het doel was om een strategie te ontwikkelen voor een instellingsbrede implementatie van de eerste twee Liberman modules, waarbij de modules geïntegreerd worden in het reguliere zorgaanbod voor mensen met schizofrenie en aanverwante ernstige psychiatrische stoornissen. Bij de ontwikkeling van de strategie is gebruik gemaakt van de kennis die het onderzoek oplevert over de bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie en wat er in de praktijk gedaan wordt om deze knelpunten op te lossen.

Bij de start van het project is een aantal doelen voor de implementatie in de drie GGZ-instellingen geformuleerd:

- De modules moeten beschikbaar zijn voor de doelgroep mensen met schizofrenie en aanverwante ernstige psychiatrische stoornissen;
- 74% van de doelgroep moet één van de modules hebben gevolgd, in de periode voor of gedurende het implementatieproces (aangezien 26% van de cliënten met een psychotische stoornis niet aan behandelprogramma's wil deelnemen (Nosé et al, 2003));
- Cliënten, familieleden en hulpverleners (verwijzers) moeten schriftelijk en mondeling geïnformeerd worden over de modules, zodat zij weten wat de modules inhouden;
- De modules moeten een onderdeel vormen van bestaande zorg- en behandelplannen in de instellingen;
- De trainers moeten gecertificeerd zijn of begeleid worden door een gecertificeerd trainer. De trainers moeten ten minste als voldoende worden beoordeeld op de Trainers Competentie Beoordelings Schaal.
- Iedere instelling moet ten minste twee gecertificeerde trainers hebben opgeleid om continuïteit en kwaliteit te kunnen garanderen.

1.2 Onderzoeksactiviteiten

Het implementatieproject kent de volgende elementen:

- Implementatie in de drie GGZ-instellingen (SLM);
- Implementatieonderzoek (Ti);
- Opstellen van een implementatiestrategie (Ti i.s.m. SLM);
- Verspreiding van resultaten onder GGZ-instellingen (SLM i.s.m. Ti).

Het implementatieonderzoek richt zich op de bereikte implementatiegraad, de modelgetrouwheid (fidelity), het implementatieproces en het cliëntenperspectief. Het onderzoek bestaat uit drie metingen: de nulmeting is in mei/juni 2005 uitgevoerd, de tweede meting (m.u.v. Mediant) in mei/juni 2006 en de derde meting (m.u.v. Meerkanten Lelystad) in mei/juni 2007. De resultaten van de metingen zijn gepresenteerd in tussenrapportages en teruggekoppeld naar de instellingen. In het kader van het onderzoek zijn de volgende activiteiten uitgevoerd.

Bepaling implementatiegraad

Met behulp van de *Checklist Implementatie Liberman Modules* (zie bijlage 1) is het implementatiegehalte van de GGZ-instelling vastgesteld. De checklist bevat een kwantitatief deel (aantal getrainde cliënten, hulpverleners, trainers, doelgroepen) en een kwalitatief gedeelte met 47 dichotome vragen (ja/nee) over deelnemers (niveau, informatie, motivatie), (co-) trainers (vaardigheden, motivatie), voorbereiding en deskundigheidbevordering, management (continuïteit, commitment, randvoorwaarden), hulpmiddelen (ruimte, materialen) en inbedding (continuïteit, kennisbehoud, etc). De checklist wordt afgenomen bij de projectleiders.

Metten modelgetrouwheid

De modelgetrouwheid van de implementatie is gemeten met behulp van de *Trainers Competentie Beoordelings Schaal*. Deze schaal (4-punts Likert) meet het vermogen van trainers om specifieke handelingen te verrichten die nodig zijn voor het begeleiden van deelnemers. De TCBS is door SLM uitgevoerd door middel van observaties tijdens de trainingen.

Beschrijven implementatieproces

De beschrijving van het implementatieproces richt zich vooral op de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie en de gevolgde implementatiestrategieën. In dit kader zijn interviews afgenomen met managers, projectleiders, trainers en hulpverleners. In de interviews kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: visie en draagvlak voor de modules, voorlichting en verwijzing, organisatie en uitvoering van de training; belemmerende en bevorderende factoren en gehanteerde strategieën.

Verder zijn -in aanvulling op de gegevens van de drie GGZ-instellingen- telefonische interviews uitgevoerd met projectleiders/coördinatoren van vijf andere GGZ-instellingen, (Mentrum, Parnassia, Altrecht, Lentis, Rivierduinen) die veel ervaring hebben met de implementatie van de Liberman modules.

Ten slotte is er bij GGZ MB een door Sciencia Kennistransfer GGZ ontwikkelde vragenlijst (zie bijlage 2) verspreid onder verwijzers, om meer inzicht te krijgen in hoeverre verwijzers bekend zijn met de modules, hun verwijzingen naar de modules, hun visie op de kenmerken van de modules en wat hun overwegingen zijn om cliënten wel of niet te verwijzen.

Onderzoek cliëntenperspectief

Cliënten zijn groepsgewijs geïnterviewd aan de hand van een checklist over hun motivatie om wel/niet aan de training deel te nemen, hun ervaringen met de training (inhoud, trainers, etc.) en het nut van de trainingen (kennis, vaardigheden, etc.). Per locatie zijn 3-5 cliënten geïnterviewd. Bij de eindmeting zijn ook cliënten geïnterviewd die met de training zijn gestopt of die niet aan de training wilden deelnemen.

De resultaten van de metingen zijn besproken in de klankbordgroep. In de klankbordgroep zaten vertegenwoordigers van Sciencia Kennistransfer GGZ, Ypsilon, Anoiksis, Cenzor/Lentis en Mentrum. Zij hebben het implementatieproces gevolgd en commentarieerd en adviezen gegeven voor verbeteringen.

2 Evidentie voor de Liberman modules

2.1 Inleiding

Vanaf de beginjaren negentig is veel onderzoek gedaan naar de werking en resultaten van de Liberman modules. De effecten van de modules zijn in tal van niet-experimentele/pre-post studies (voor- en nameting) en quasi-experimentele studies (niet gerandomiseerde controlegroep) onderzocht. Vanaf de beginjaren negentig verschijnen de eerste randomized controlled trials, waarin deelnemers ad random worden toegewezen aan de experimentele conditie (Liberman modules) of één of meer controlecondities.

In de loop der jaren zijn diverse meta-studies en reviews uitgevoerd naar sociale vaardigheidstrainingen, waarin de belangrijkste uitkomsten van rct's en quasi-experimentele studies op een rij worden gezet, waarvan de meest recente die van Pilling e.a. (2002) en Bellack (2004) zijn.

In 2005 zijn de Liberman modules opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. In het hiervoor verrichte literatuuronderzoek zijn alleen de studies van Anzai e.a. (2003), Eckman e.a. (1992), Goulet e.a. (1993), Liberman e.a. (1998) en Marder e.a. (1996) opgenomen. Op basis hiervan wordt geconcludeerd dat de modules leiden tot een toename in kennis en vaardigheden en tot een afname van het aantal ziekenhuisdagen. Ook concludeert men dat de effecten op het sociaal functioneren niet consistent zijn en dat de modules geen effect hebben op de psychopathologie.

2.2 Opzet literatuurstudie

De bronnen voor deze literatuurstudie waren PsychINFO en Medline. De trefwoorden waren: *schizophrenia* en *severe mental illness* in combinatie met (*social*) *skills training*, *medication management* en *symptom management*. Verder is gezocht in referentielijsten van sleutelpublicaties. Omdat de literatuurstudie gericht was op de werking van de Liberman modules, zijn de implementatiestudies niet meegenomen. Ook niet opgenomen zijn de meta-studies en reviews, omdat deze studies zich niet beperken tot de Liberman modules, maar alle vaardigheidstrainingen omvatten.

Voor de effectstudies (rct's, quasi-experimentele en niet-experimentele studies) zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

1. Betreft modules Omgaan met antipsychotische medicatie en/of Omgaan met psychotische symptomen (evt. aangevuld met andere modules);
2. Onderzoekspopulatie groter dan 30;
3. Studies vanaf 1990;
4. Goede kwaliteit onderzoeksopzet – en uitvoering.

Hoewel de studie zich richt op de eerste twee Liberman modules is gekozen voor een iets bredere insteek, omdat deze modules in de VS vaak onderdeel vormen van bredere programma's, zoals de Community Re-entry Program (korte module met o.a. onderdelen van medicatie en symptomen) en het Social and Independent Living Skills Program (combinatie van modules medicatie, symptomen, vrije tijd en conversatievaardigheden). Welke modules onderzocht zijn, wordt toegelicht in tabel 2.1 (experimentele interventies).

Sommige studies beperken zich niet tot één of meer Liberman modules, maar combineren die met een andere, aanvullende interventie, zoals medicatie, casemanagement, cognitieve gedragstherapie of gezinstherapie. Alleen studies waarin de aanvullende interventie zowel aan de experimentele- als aan de controlegroep werd aangeboden zijn geïn-

cludeerd. De reden hiervoor is dat in de andere gevallen de resultaten niet (geheel) toe te schrijven zijn aan de Liberman modules. De volgende studies zijn niet opgenomen in de studie, omdat zij niet voldeden aan de inclusiecriteria:

Ad 1 Xiong e.a. (1994), Granholm e.a. (2005);

Ad 2 Goulet e.a. (1993), Chambon e.a. (1996), Chandler e.a. (2000), Rosotto e.a. (2004);

Ad 3 Wallace e.a. (1985);

Ad 4 MacKain e.a. (1998).

2.3 Kenmerken studies

In totaal zijn 10 studies opgenomen, waarvan 7 randomized controlled trials (rct's), 1 rct/niet-experimentele studie, 1 quasi-experimentele en 1 niet-experimentele studie. De kwaliteit van deze studies is goed, al hebben de studies van Eckman (1992) en Anzai (2002) relatief kleine onderzoekspopulaties ($N < 50$). Verder zijn de studies uitgevoerd in verschillende landen (VS, Japan, Finland, Polen en Duitsland/Zwitserland), in diverse klinische en ambulante settings en bij meer doelgroepen (waaronder Latijns-Amerikanen).

De onderzoekspopulatie bestaat zowel uit ambulante als klinische cliënten, al dan niet gestabiliseerd met medicatie, in de leeftijdscategorie van 18 tot 60 jaar. De experimentele interventie bestaat meestal uit meer dan één Liberman module, al dan niet gecombineerd met andere interventies (medicatie, casemanagement). De controle interventies omvatten groepstherapie, vaktherapie, educatie en wachtlijst. De meeste studies maken gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten, kennis en vaardigheden worden veelal gemeten door middel van kennisvragen en rollenspelen. In vrijwel alle studies is naast een voor- en nameting sprake van één of meer follow-up metingen.

Lijst met afkortingen (tabel 2.1)

<i>Modules</i>	<i>Meetinstrumenten</i>
LM= Liberman Modules	BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale
M = Module antipsychotische medicatie	BSI = Brief Symptom Inventory
P = Module probleemoplossing	CREP = Community Re-enter Program test
R = Module recreatie, vrije tijd	GAS = Global Assessment Scale
S = Module psychotische symptomen	ILSS = Independent Living Skills Survey
V = Module verzorging	LQoL = Lehman Quality of Life Scale
W = Module woonvaardigheden	PAL = Profile of Adaptation of Life
SILSP = Social and Independent Living Skills Program	PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale
	RSE = Rosenberg Self Esteem Scale
	ROMI = Rating of Medication Influences Scale
	SANS = Schedule for Assessment of Negative symptoms
	SAPS = Schedule for Assessment of Positive Symptoms
	SAS = Social Adjustment Scale

Tabel 2.1 Kenmerken van de studies

<i>Onderzoek</i>	<i>Design</i>	<i>N</i>	<i>Populatie</i>	<i>Experimentele interventie(s)</i>	<i>Controle interventie(s)</i>	<i>Meet-Instrumenten</i>	<i>Meet-Momenten</i>
Marder e.a. (1996)	RCT	80	Gestabiliseerde mannelijke ambulante cliënten ('outpatients') met schizofrenie	LM: M, S, P, W Medicatie	Ondersteunende groepstherapie Medicatie	BPRS, SAS II Rollenspel	Nulmeting 6, 12, 18, 24 maanden follow-up
Liberman e.a. (1998)	RCT	80	Ambulante cliënten met schizofrenie	SILSP ¹ Casemanagement	Vaktherapie ² Casemanagement	ILSS, Social Activities Scale, PAL, BPRS, GAS, BSI, RSE, LQoL	Nulmeting 6, 12 & 24 maanden follow-up
Eckman e.a. (1992)	RCT	41	Gestabiliseerde ambulante cliënten met schizofrenie	LM: M, S	Ondersteunende groepspsychotherapie	BPRS, SANS Rollenspel	Voor- en nameting 6 & 12 maanden follow-up
Anzai e.a. (2002)	RCT	32	Klinische patiënten met schizofrenie	Community Re-entry program	Vak- en arbeidstherapie	Kennisvragenlijst REHAB-scale, PANSS	Voor- en nameting 12 maanden follow-up
Meder e.a. (1998)	RCT	97	Chronische ambulante patiënten met schizofrenie	LM: M	Groepseducatie Geen educatie	BPRS, Wechsler-Bellevue intelligence scale, Skill Utilization Test Kennisvragenlijst	Voor- en nameting 6 maanden follow-up
Kopelowicz e.a. (2003)	RCT	92	Latijns-Amerikaanse ambulante patiënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornis	LM: M, S	Care-as-usual	PANNS, ILSS, LQoL, ROMI Interview, rollenspel	Voor- en nameting 6 maanden follow-up
Cormier e.a. (1995)	RCT	95	Patiënten met schizofrenie	LM: M, S	Dagbesteding Ondersteunende therapie	Kennisvragenlijst Rollenspel	Voor- en nameting 12 maanden follow-up
Wallace e.a. (1992)	Deels RCT, deels niet-	108	Klinische en ambulante cliënten (91% schizofre-	LM: M, R, V	WachtlIJst	Kennisvragenlijst Rollenspel	Voor- en nameting 12 maanden follow-up

¹ Social and Independent Livings Skills Program: omvat de Liberman modules medicatie, symptomen, vrije tijd en conversatievaardigheden

² Vaktherapie omvat een combinatie van expressieve, artistieke, recreatieve en ondersteunende activiteiten

Stenberg e.a. (1998)	experimenteel Quasi-experimenteel	47	nie of schizo-affectieve stoornis) Klinische patiënten met schizofrenie	Standaardbehandeling LM: S	Standaardbehandeling	Interview QL-index, GAF	Voormeting 12-24 maanden follow-up
Schaub e.a. (1998)	Niet-experimenteel	43	Gestabiliseerde klinische en ambulante patiënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornis	Medicatie LM: M	--	Kennismvragenlijst BPRS (deels PANNS en GAS)	Voor- en nameting
		68		Medicatie LM: L			

Tabel 2.2 Resultaten van de studies

<i>Onderzoek</i>	<i>Kennis</i>		<i>Vaardigheden</i>		<i>Sociaal functioneren / kwaliteit van leven</i>	<i>Psycho-pathologie</i>	<i>Relapse / re-hospitalisatie</i>
	<i>Nameting</i>	<i>Follow-up</i>	<i>Nameting</i>	<i>Follow-up</i>			
Marder e.a. (1996)			+	+	+		+
Lieberman e.a. (1998)			+	+	+ / -	-	
Eckman e.a. (1992)	+	+	+	+		-	
Anzai e.a. (2002)	+	+	+	+	+	-	+
Meder e.a. (1998)	+	+ / -	+	-			
Kopelowicz e.a. (2003)			+	+	+ / -	+	+
Cormier e.a. (1995)	+	+	+	+			
Wallace e.a. (1992)	+	+	+	+			
Stenberg e.a. (1998)					-		+/-
Schaub e.a. (1998)	M: -					M: -	
	S: +				S: +	S: +	

+ = significant effect

- = geen significant effect

+ / - = deels wel en deels geen significant effect

2.4 Resultaten studies

Hieronder volgt een korte beschrijving van de belangrijkste resultaten van de studies.

Onderzoek Marder e.a. (1996)

Marder e.a. constateren dat de modules leiden tot een verbetering van vaardigheden (ook bij de follow-up meting), tot een verbetering in het sociaal functioneren en een vermindering van terugval bij de hoogste risicogroep. De vermindering van terugval treedt alleen op bij cliënten met suboptimale medicatie, bij cliënten met een goede medicatie-instelling worden geen significante verschillen geconstateerd. De positieve effecten in het sociaal functioneren treden vooral op bij patiënten die een combinatie krijgen van medicatie en Liberman modules. De positieve effecten zijn het grootst bij cliënten die op jonge leeftijd (< 24) schizofrenie krijgen en relatief beperkt zijn in het sociale verkeer. Verder komt uit de studie naar voren dat ook cliënten met veel positieve en negatieve symptomen hun vaardigheden kunnen verbeteren.

Onderzoek Liberman e.a. (1998)

Uit het onderzoek van Liberman e.a. komt naar voren dat de modules wel en geen effect hebben op het sociaal functioneren: er zijn *wel* effecten op de woonvaardigheden (ILSS), maar *niet* op de sociale activiteiten (Social Activities Scale), kwaliteit van leven (LqoL) en zelfwaardering (Rosenburg Self Esteem Scale) van cliënten. Ook worden er geen verbeteringen geconstateerd in psychopathologie. Verder wordt geconstateerd dat de casemanagers een belangrijke rol spelen in de generalisatie van vaardigheden naar het alledaagse leven.

Onderzoek Eckmann e.a. (1992)

Eckman e.a. vinden positieve effecten van de modules op de kennis en vaardigheden van cliënten, ook bij de follow-up meting. Er zijn geen effecten op de psychopathologie. De sterkte en duur van de effecten op de kennis en vaardigheden van cliënten hangen niet samen met de psychopathologie. Echter het betreft relatief stabiele ambulante cliënten, dus het is de vraag of deze uitkomst ook voor de groep met ernstige problematiek geldt.

Onderzoek Anzai e.a. (2002)

Anzai e.a. vinden positieve effecten van de modules op de kennis en vaardigheden van cliënten, ook bij de follow-up meting. Er zijn geen effecten op de psychopathologie, wel wordt een vermindering van het aantal ziekenhuisdagen geconstateerd. Verder vinden zij een negatief verband tussen de ziekteduur enerzijds en de verbetering (ook op langere termijn) van kennis en vaardigheden anderzijds, met andere woorden cliënten met langdurige psychiatrische problematiek hebben minder profijt van de modules.

Onderzoek Meder e.a. (1998)

Meder e.a. vonden bij de nameting zowel bij de Liberman modules als bij de groepseducatie een verbetering van kennis en vaardigheden. Bij de follow-up meting is de verbetering in kennis nog gedeeltelijk significant, maar zijn de vaardigheden terug op het beginniveau (nulmeting). De tegenvallende resultaten bij de follow-up zijn volgens auteurs te wijten aan gebrek aan boostersessies en gebrekkige stimulans door hulpverleners in de dagelijkse praktijk.

Onderzoek Kopelowicz e.a. (2003)

Uit het onderzoek van Kopelowicz komt naar voren dat de vaardigheden en het sociaal functioneren van cliënten verbeteren en dat de symptomen (psychopathologie) en heropnames verminderen, ook bij de follow-up meting (na 9 maanden: LM 5,1% t.o.v. controle groep 22,2%). Er worden geen effecten gevonden op de kwaliteit van leven en de medicatietrouw van cliënten.

ten, noch op de belasting van mantelzorgers. Verder blijkt dat terugval wordt voorkomen door het *gebruik* van vaardigheden en niet door het verwerven van vaardigheden. Daarom moeten cliënten na de cursus (door hulpverleners) gestimuleerd worden om de verworven vaardigheden te gebruiken.

Onderzoek Cormier e.a. (1995)

Uit de studie van Cormier e.a. blijkt dat de modules de kennis en vaardigheden van cliënten verbeteren, ook bij de follow-up meting.

Onderzoek Wallace e.a. (1992)

Wallace e.a. vinden positieve effecten van de modules op de kennis en vaardigheden van cliënten, ook bij de follow-up meting. Hoewel klinische patiënten met ernstiger problematiek lager scoren, is hun verbetering wel significant (ook bij de follow-up meting). Wel is bij deze groep meer herhaling van de modules noodzakelijk.

Onderzoek Stenberg e.a. (1998)

Uit het onderzoek van Stenberg e.a. komt naar voren dat bij de follow-up meting de opname-duur van cliënten is verminderd (LM 4,9 -> 2,6 weken, controlegroep 6,6 -> 20,1 weken). Er zijn geen effecten op het functioneren, de kwaliteit van leven en het aantal opnames.

Onderzoek Schaub e.a. (1998)

Schaub e.a. vinden bij de nameting geen effect van de module Omgaan met antipsychotische medicatie op kennis, noch op psychopathologie. De module Omgaan met psychotische symptomen laat verbeteringen zien op het terrein van kennis, psychopathologie (met name negatieve symptomen) en psychosociaal functioneren.

2.5 Conclusie

Uit de studies komt overtuigend naar voren dat de Liberman modules de kennis en vaardigheden op het terrein van symptoombeheersing en medicatiegebruik verbeteren, ook op de langere termijn. Bovendien blijken cliënten veelal in staat te zijn de verworven vaardigheden toe te passen in de dagelijkse praktijk, met name wanneer ze hiertoe gestimuleerd worden door hun directe omgeving (hulpverlener) en wanneer de informatie regelmatig herhaald wordt (boostersessies).

Ook zijn er sterke aanwijzingen dat de modules een bijdrage leveren aan het voorkomen van een terugval of van heropname, hetgeen belangrijke doelen van de eerste twee modules zijn. Minder overtuigend is het bewijs dat de modules leiden tot een verbetering in het sociaal functioneren en de kwaliteit van leven van cliënten. Sommige studies vinden wel effecten op dit terrein, andere studies niet. Tenslotte blijken de modules in de meeste gevallen geen effect te hebben op de psychopathologie.

De modules blijken geschikt te zijn voor een brede groep ambulante en klinische cliënten met schizofrenie of een aanverwante stoornis die redelijk gestabiliseerd zijn. Er zijn enkele aanwijzingen dat cliënten met langdurige en ernstige psychiatrische problematiek wat minder baat hebben bij de modules.

3 Implementatiegraad van de GGZ-instellingen

3.1 Inleiding

Bij de start van het project is een voorlopige implementatiestrategie (Stichting Liberman Modules, 2005) geformuleerd, die als richtlijn fungeerde voor de implementatie in de drie instellingen. De voorlopige strategie bevatte de volgende elementen:

- Voorbereidingsfase: aanstelling projectleider, samenstelling stuurgroep, ontwikkeling plan van aanpak;
- Uitvoeringsfase: opleiden van trainers, informeren van behandelaren en andere hulpverleners, informeren van cliënten en familieleden, uitvoeren van cliëntentrainingen;
- Verankeringsfase: inpassing van modules in de standaardzorg, regelen van organisatorische en financiële voorwaarden voor structurele toepassing.

Met behulp van de Checklist Implementatie Liberman Modules is het implementatiegehalte van de drie GGZ-instellingen vastgesteld. De checklist bevat een kwantitatief deel (aantal getrainde cliënten, doelgroepen, aantal trainers) en een kwalitatief gedeelte over deelnemers, trainers, voorbereiding en deskundigheidbevordering, management, hulpmiddelen en inbedding. De checklist is drie keer afgenomen bij de projectleiders: tijdens de nulmeting, de tweede meting en de eindmeting.

3.2 GGZ Midden-Brabant

3.2.1 Nulmeting

Sinds 1996 worden Libermantrainingen aangeboden binnen GGZ Midden Brabant. Sinds die tijd:

- Zijn ongeveer 300 cliënten ingestroomd;
- Zijn ongeveer 200 cliënten uitgestroomd;
- Zijn 35 hulpverleners getraind;
- Is 1 hulpverlener train-de-trainer geworden.

De afgelopen twee jaar zijn 2 trainingen Omgaan met psychotische symptomen en 1 training Omgaan met antipsychotische medicatie gegeven. De trainingen zijn op twee locaties van GGZ MB aangeboden: Switsj en Jan Wierhof 11. Switsj is het centrum voor rehabilitatie van GGZ MB, gelegen in Tilburg Noord en onderdeel van zorggroep Gemengde eenheden. Jan Wierhof 11 is het centrum waar dagbehandeling voor psychotische stoornissen plaatsvindt en wat valt onder de Zorggroep Volwassenen I.

Doelgroepen

Module	Psychotische stoornissen	Affectieve stoornissen	Persoonlijkheidsstoornissen	Ouderen	Jeugd	Forensisch	Dubbele diagnose
Medicatie	X				X		X
Symptomen	X				X		X
Vrije tijd	X		X		X		X
Verslaving							
Werk							
Sociale relaties en intimiteit							

In principe kan iedereen deelnemen aan de trainingen. Aan de modules 1 & 2 nemen mensen met psychotische stoornissen, jeugd en dubbele diagnose cliënten deel. Er is geen afdeling forensische zorg. Voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis die ook kampen met psychosen zijn de modules 1 & 2 niet geschikt vanwege de vele herhaling. Zij nemen wel deel aan de module vrije tijd.

Deelnemers

De deelnemende cliënten hebben een ernstige psychiatrische of psychische aandoening. Niet alle cliënten die deelnemen hebben hun symptomen volledig onder controle. Ze zijn wel in staat om deel te nemen aan een trainingssessie in een kleine groep.

Cliënten worden zodra ze aangemeld zijn, geïnformeerd door de trainer en ze krijgen een folder over de LM. Het zou goed zijn als de hulpverleners ze ook zouden informeren, maar dit gebeurt nog onvoldoende. Verder bespreekt de trainer met de cliënt wat gedaan kan worden aan uitvalpreventie. Als een cliënt een of meer trainingen mist, praat de trainer de cliënt één op één bij.

Trainers

Niet alle getrainde hulpverleners zijn even vaardig. Hoewel veel hulpverleners getraind zijn in het geven van Libermantrainingen, heeft een groot deel van hen hier niets mee gedaan. Voor hen is het te lang geleden en zij kunnen geen training meer geven. Degenen die wel training geven zijn in het algemeen zeer gemotiveerd en hebben voldoende vaardigheden om de groepen te leiden. Bij iedere training is ook een co-trainer aanwezig. De trainer en co-trainer wisselen om de week van rol.

Vorbereiding en deskundigheidsbevordering

Trainers hebben voldoende tijd om de training voor te bereiden. Het oefenen schiet er nogal eens bij in, meestal wordt dit een half uur voor de training voorbesproken. De trainers krijgen onvoldoende gelegenheid om hun kennis en vaardigheden middels intervisie en praktijkoefeningen op peil te houden.

Management en verwijzers

Het management en de behandelstaf zijn onvoldoende op de hoogte van het doel en de werkwijze van de modules. Zij moedigen de trainers nauwelijks aan om de trainingen uit te voeren.

Wel is de verwachting dat de ondersteuning door het management zal toenemen nu het implementatieonderzoek begint.

Ook verwijzers zijn onvoldoende geïnformeerd over de modules: er lijkt voldoende naamsbekendheid te zijn, maar er wordt nog onvoldoende doorverwezen. Wel wordt er tijd beschikbaar gesteld om de modules in de groep te draaien.

Hulpmiddelen

Er zijn in principe voldoende hulpmiddelen en faciliteiten (zoals videorecorder, tv, flip-over, werkboeken) aanwezig, maar zij zijn ongelijk verdeeld over de locaties. Op Switsj is al het benodigde aanwezig, op Jan Wierhof ontbreken regelmatig hulpmiddelen.

De locatie Switsj kan een belemmering zijn voor cliënten om deel te nemen aan de Libermantrainingen. Switsj is namelijk gelegen in Tilburg Noord, wat voor een aantal cliënten ver weg is.

Inbedding

De cliënten die gebruik maken van de modules, de mensen met psychotische stoornissen, blijven lang genoeg in zorg om de modules af te maken. Als cliënten naar een andere behandelsetting gaan blijven ze in zorg, maar als ze halverwege de training weggaan van de klinische afdeling is het moeilijk voor ze om de training af te maken. Cliënten willen dan vaak niet meer terug naar die klinische afdeling. Er zou een locatie in Tilburg Centrum moeten zijn waar de modules in een deeltijdbehandeling worden aangeboden. Dan zou het voor cliënten makkelijker zijn om de training af te maken.

Alleen bij de module Omgaan met vrije tijd worden consequent boostersessies uitgevoerd, bij de andere modules niet. De mogelijkheid is er wel, maar het schiet er vaak bij in. Het sociale netwerk wordt betrokken bij de training door een helper uit dit netwerk aan te zoeken. De cliënt zoekt een helper en het is de bedoeling dat de helper en de hulpverlener ook na de training doorgaan met het geven van positieve feedback als de cliënt zijn vaardigheden in de praktijk brengt. Ook is het de bedoeling dat de hulpverleners de werkwijze van de LM na afloop van de training voortzetten, maar hiervan blijken de hulpverleners niet altijd voldoende op de hoogte te zijn.

1,5 jaar geleden is de organisatiestructuur gewijzigd en zijn zorgprogramma's ingevoerd. Deze worden echter niet consequent gebruikt, mede omdat de DBC's er aan zitten te komen. De LM maken onderdeel uit van het zorgprogramma psychotische stoornissen.

3.2.2 Tweede meting

Na een jaar is binnen GGZ MB de projectorganisatie voor de implementatie van de modules gerealiseerd: er zijn twee projectleiders aangesteld die elk twee uur per week hebben gekregen om het project te ontwikkelen en de uitvoering te organiseren. Daarnaast is er een stuurgroep die de implementatie begeleidt en de hoofdlijnen van de implementatie zijn vastgelegd in een plan van aanpak dat formeel is goedgekeurd binnen de organisatie.

Sinds de nulmeting zijn één train-de-trainer en negen trainers opgeleid. Bij Behandelteam Zuid is de module Omgaan met psychotische symptomen uitgevoerd, waar 7 cliënten aan hebben deelgenomen. Op de kliniek zijn de Liberman modules onderdeel van de standaard zorg: daar hebben aan de module Omgaan met antipsychotische medicatie 6 cliënten deelgenomen en aan de module Omgaan met psychotische symptomen 4 cliënten.

Verder zijn er ten opzichte van de nulmeting enkele wijzigingen opgetreden. Zo werden de deelnemers ten tijde van de nulmeting pas geïnformeerd over de Liberman-training wanneer zij door hun behandelaar waren aangemeld. De deelnemers worden nu niet alleen op de hoogte gesteld van het trainingsaanbod, maar krijgen van hun behandelaar ook de nodige informa-

tie over de inhoud van de training. Vervolgens worden zij door hun behandelaar aangemeld en krijgen zij van de trainers specifiekere informatie.

Een andere verandering is dat bij de start van het project werd opgemerkt dat het management en de behandelstaf onvoldoende op de hoogte waren van het doel en de werkwijze van de modules. Ten tijde van de tweede meting zijn het management en de behandelstaf - en de medewerkers in het algemeen - beter geïnformeerd over de LM. Ook is het management ondersteunend en faciliterend voor het project, hetgeen duidt op een groter commitment.

3.2.3 Eindmeting

Sinds de tweede meting hebben er in totaal vier trainingen plaatsgevonden bij de Behandelteams Noord en Zuid. De voor begin 2007 geplande training in Waalwijk is niet doorgegaan, omdat er onvoldoende voorbereidingstijd was en er veel fusieperikelen speelden. Verder zal er naar alle waarschijnlijkheid in september 2007 op de locatie Dongen (klinisch beschut wonen) een training starten. Er zijn geen nieuwe trainers opgeleid, wel worden twee trainers opgeleid tot train-de-trainer.

Het afgelopen jaar zijn de nodige activiteiten ondernomen om cliënten en hulpverleners te informeren over de modules en het aantal verwijzingen te laten toenemen. Er is een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd voor hulpverleners van de Behandelteams Noord en Zuid. Ook is een informatiebijeenkomst georganiseerd voor cliënten, waar een deelnemer aan de trainingen zou vertellen over zijn ervaringen met de modules. Deze bijeenkomst is mislukt, omdat niemand naar de bijeenkomst is gekomen.

Verder is er binnen GGZ Midden Brabant een verwijzingsplan opgesteld. Belangrijk onderdeel van het plan is dat de Liberman Modules worden opgenomen in de behandelplanbesprekingen. Daarnaast wordt een structuur opgezet, waarbij de verwijzingen niet meer afhankelijk zijn van de behandelaren. Dit houdt in dat twee maanden voorafgaand aan de training een lijst met potentiële deelnemers wordt opgesteld en de betrokken behandelaren hiervan op de hoogte worden gesteld. Daarnaast gaat men gebruik maken van peer-education om cliënten te informeren en wordt een gespreksformat ontwikkeld voor de voorlichting aan cliënten.

Structurele inbedding

Ten slotte is men het afgelopen jaar bij GGZ MB bezig geweest om de Liberman modules structureel in de instelling te implementeren. In dit kader zijn de volgende zaken gerealiseerd:

- Bij de Behandelteams Noord en Zuid zijn de modules opgenomen in het zorgprogramma psychotische stoornissen;
- De opleidingen en trainingen zijn ondergebracht bij de afdeling Opleidingen;
- De Liberman modules zijn opgenomen in het meerjarenplan van het programma psychotische stoornissen, waardoor de continuïteit en kwaliteit van het aanbod gewaarborgd blijven;
- Er is een draaiboek voor projectleiders ontwikkeld.

Zorgwekkend is dat in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid de projectleiding zal wegvallen, waardoor de coördinatie over de verschillende activiteiten zal verdwijnen.

Bereik

Onder bereik verstaan we het percentage van de doelgroep dat één van de modules heeft gevolgd, in de periode voor of gedurende het implementatieproces. Aangezien de Liberman Modules bij GGZ Midden Brabant al een lange traditie hebben, is het aantal getrainde cliënten voor aanvang van het implementatieproject hier het grootst. Omdat het implementatieproject zich heeft toegespitst op de Behandelteams Noord en Zuid (Tilburg), hebben we de beoogde doelgroep ook beperkt tot deze locaties. We komen dan tot het volgende bereik:

Totale doelgroep (Tilburg):			800 cliënten
Getrainde cliënten voor juni 2007:			200 cliënten ¹
Getrainde cliënten:	<i>juni 2006</i>	<i>juni 2007</i>	<i>december 2007</i>
	17 cliënten	41 cliënten	62 cliënten
Percentage bereik:	27 %	30 %	33 %

3.3 Meerkanten

3.3.1 Nulmeting

Sinds 2003:

- Zijn ongeveer 31 cliënten ingestroomd;
- Zijn ongeveer 26 cliënten uitgestroomd;
- Zijn 15 hulpverleners getraind, hiervan zijn er nog 6 actief;
- Zijn 2 hulpverleners train-de-trainer geworden, hiervan is er nog 1 actief.

De afgelopen twee jaar zijn in totaal vijf trainingen Omgaan met psychotische symptomen gegeven: twee op de locatie Johannesbos Open, een opnameafdeling voor kortdurende klinische behandeling in Ermelo (Meerkanten Veluwe) en drie op de locatie Meander, een klinische revalidatie afdeling in Lelystad (Meerkanten Flevo). De module Omgaan met antipsychotische medicatie is de afgelopen twee jaar niet gegeven. Dit komt omdat geen van de hulpverleners getraind is in het geven van deze module en omdat voor deze module weinig belangstelling bestaat. Op Meander wordt ook de module Omgaan met vrije tijd gegeven. Verder is er belangstelling voor de modules Omgaan met verslaving en Omgaan met sociale relaties en intimiteit.

Doelgroepen

Module	Psychotische stoornissen	Affectieve stoornissen	Persoonlijkheidsstoornissen	Ouderen	Jeugd	Forensisch	Dubbele diagnose
Medicatie							
Symptomen	X						
Vrije tijd	X		X				
Verslaving							
Werk							
Sociale relaties en intimiteit							

Aan de trainingen kunnen cliënten deelnemen die gemotiveerd zijn, die chronisch psychotisch zijn, die aan de training kunnen deelnemen en dus redelijk stabiel zijn, en die enig ziektebesef hebben.

¹ Dit is een schatting. Het exacte aantal cliënten dat op de peildatum juni 2005 getraind was, is niet bekend.

Deelnemers

De deelnemende cliënten hebben een ernstige psychiatrische of psychische aandoening. Zij hebben over het algemeen hun symptomen voldoende onder controle en zijn in staat om deel te nemen aan een trainingssessie in een kleine groep.

Cliënten worden tijdens intakegesprekken geïnformeerd over de modules, verder informeren hulpverleners hun cliënten over de modules. Ook worden met cliënten eventuele obstakels voor de training besproken, zoals: dat ze niet op de opnameafdeling willen komen, dat ze wantrouwig zijn als gevolg van hun psychose of dat de training te intensief is.

Trainers

De trainers zijn erg gemotiveerd en hebben voldoende vaardigheden om de trainingen uit te voeren. Sommige trainers van Meerkanten Veluwe hebben een te weinig directieve attitude, hun houding is te beschermend. Bij iedere training is ook een co-trainer aanwezig.

Vorbereiding en deskundigheidsbevordering

In Lelystad hebben de trainers voldoende tijd om de trainingen voor te bereiden, in Ermelo niet. Er wordt vooraf niet geoefend. Er is voldoende deskundigheidsbevordering: de trainers in Ermelo hebben anderhalf jaar geleden een opfriscursus bij de Stichting Liberman Modules gehad. In Lelystad verzorgt de train-de-trainer de deskundigheidsbevordering.

Management en verwijzers

Het management en behandelteam zijn goed op de hoogte van de modules. Maar het management moedigt de trainingen niet aan: in Lelystad mocht de tweede train-de-trainer geen trainingen meer geven en ook in Ermelo moedigt het management de modules niet aan. De teamleider daarentegen is erg betrokken.

Verwijzers zijn weliswaar voldoende geïnformeerd, maar de mate waarin hulpverleners cliënten aanmelden verschilt. Dit heeft gedeeltelijk te maken met onbekendheid met de modules. In Lelystad wordt (beperkte) tijd beschikbaar gesteld om de modules uit te voeren, in Ermelo is er geen tijd beschikbaar.

Hulpmiddelen

Er zijn voldoende hulpmiddelen en faciliteiten (zoals videorecorder, tv, flip-over, werkboeken) aanwezig om de trainingen uit te voeren. De bereikbaarheid is soms wel een probleem: Meander in Lelystad ligt gunstig ten opzichte van de opnameafdeling, maar ongunstig ten opzichte van de sociowoningen. De opname-afdeling Johannesbos Open in Ermelo is voor sommige cliënten een te beladen plek om een training te volgen.

Inbedding

Op Johannesbos Open is de behandelduur een belemmering om de Libermantraining af te ronden, voor cliënten op de resocialisatieafdelingen is dit niet het geval. Bij Meander zijn cliënten drie maanden tot een jaar opgenomen. Na ontslag wordt ambulante begeleiding geboden. De deelname aan de module kan dan worden voortgezet.

In Lelystad wordt de werkwijze van de LM na afronding van de training voortgezet door de hulpverleners. De projectleider weet niet of de ambulante behandelaars in Ermelo de werkwijze voortzetten. Ook worden boosterssessies uitgevoerd voor cliënten, om hun kennis en vaardigheden op te frissen. Verder wordt het sociale netwerk van de cliënten betrokken bij de trainingen: familieleden worden uitgenodigd om informatie te ontvangen over de modules en zijn vaak als helper bij de training betrokken.

In Lelystad maken de LM onderdeel uit van het zorgprogramma psychotische stoornissen. In Ermelo niet.

3.3.2 Tweede meting

Ook bij Meerkanten is na een jaar de projectorganisatie geheel op orde: er is voor 8 uur per week een projectleider aangesteld om het project te ontwikkelen en de uitvoering van implementatieactiviteiten te organiseren, er is een stuurgroep opgericht, en de projectleider heeft een plan van aanpak opgesteld dat in september 2005 formeel is goedgekeurd.

In totaal zijn er 13 nieuwe trainers opgeleid door SLM; vijf in Ermelo (Veluwe), vijf in Lelystad (Flevoland) en drie bij de LZ Wonen in Ermelo. Er zijn twee personen die zich bijna train-de-trainer mogen noemen. De (bijna gecertificeerde) train-de-trainers zijn coördinator en karterekker van Flevoland, Veluwe en Ermelo LZ Wonen. In Lelystad zijn vanaf de nulmeting drie cliëntentrainingen gegeven: twee keer de module Omgaan met psychotische symptomen en één keer de module Omgaan met antipsychotische medicatie. In Ermelo is twee keer de module Omgaan met psychotische symptomen uitgevoerd en wordt op de kliniek Wonen (LZ Ermelo) de training Omgaan met antipsychotische medicatie gegeven. In totaal hebben 24 cliënten deelgenomen aan de trainingen.

Ten opzichte van de nulmeting is een aantal zaken in positief opzicht veranderd. Tijdens de nulmeting lagen de trainingen in Ermelo al geruime tijd stil. Momenteel worden zowel in Lelystad als in Ermelo trainingen gegeven en zullen na afloop hiervan weer nieuwe trainingen van start gaan. Een andere verandering is het draagvlak bij het management: met name de managers in de stuurgroep zijn een belangrijke stimulans geweest in het implementatieproces. Tenslotte hebben de trainers in Lelystad en Ermelo nu voldoende tijd om de bijeenkomsten voor te bereiden en uit te voeren.

3.3.3 Eindmeting

Het afgelopen jaar zijn er op de locatie Veluwe (Ermelo) vier trainingen uitgevoerd, op de locatie Flevo (Lelystad en Emmeloord) zijn er vijf trainingen uitgevoerd. Zowel in Lelystad als in Ermelo duren de bijeenkomsten anderhalf uur. De totale duur van een module komt uit op drie tot vier maanden. Het aantal locaties waar de modules worden aangeboden is uitgebreid (Emmeloord, socio-woningen Lelystad en binnenkort in Barneveld).

In Ermelo zijn vier trainers actief (voor een afgefallen trainer is geen vervanger gekomen), waarvan één opgeleid wordt tot train-de-trainer. In Lelystad zijn vier gecertificeerde trainers en één niet-gecertificeerde trainer actief. Hier is één train-de-trainer.

De hulpverleners zijn het afgelopen jaar op de hoogte gehouden over de Liberman trainingen door middel van emails, folders en posters. Daarnaast heeft de projectleider in Ermelo een presentatie gegeven voor medewerkers. In Lelystad is een informatiemarkt georganiseerd, waar een video werd vertoond en informatiemateriaal aanwezig was. Cliënten zijn door één van de trainers of door hun behandelaar geïnformeerd over de trainingen.

Structurele inbedding

Om structurele implementatie van de Liberman Modules binnen Meerkanten te waarborgen zijn de volgende maatregelen genomen:

- De modules zijn opgenomen in het beleidsplan;
- Op meerdere (minimaal 5) afdelingen komen de LM aan bod in behandelplanbesprekingen. Dit zijn de afdelingen waar ook trainers zijn opgeleid;
- Naar alle waarschijnlijkheid zal de functie van projectleider worden overgedragen aan de coördinator van het zorgprogramma psychotische stoornissen;

- Er wordt een begroting voor de LM voor de komende jaren opgesteld. Hierin is ook de module Omgaan met verslaving opgenomen, omdat de trainersgroep graag met deze module aan de slag wil gaan.

Bereik

Onder bereik verstaan we het percentage van de doelgroep dat één van de modules heeft gevolgd, in de periode voor of gedurende het implementatieproces. Aangezien de Liberman Modules bij Meerkanten slechts een korte traditie kennen, is het aantal getrainde cliënten voor aanvang van het implementatieproject hier het kleinst. Omdat het implementatieproject zich heeft toegespitst op de locaties Veluwe en Flevo, hebben we de beoogde doelgroep ook beperkt tot deze locaties. We komen dan tot het volgende bereik:

Totale doelgroep (Veluwe & Flevo):			417 cliënten
Getrainde cliënten voor juni 2005:			31 cliënten
Getrainde cliënten:	<i>juni 2006</i>	<i>juni 2007</i>	<i>december 2007</i>
	24 cliënten	81 cliënten	97 cliënten
Percentage bereik:	13 %	27 %	31 %

3.4 Mediant

3.4.1 Nulmeting

Sinds 1998 worden binnen Mediant Liberman trainingen gegeven. Sindsdien is de training Omgaan met psychotische symptomen drie keer gegeven en de module Omgaan met antipsychotische medicatie één keer. Sinds 1998:

- Zijn voor modules 1 en 2: 50 à 60 cliënten ingestroomd;
- Zijn voor modules 1 en 2: ongeveer 40 cliënten uitgestroomd;
- Zijn 5 hulpverleners getraind, waarvan 2 gecertificeerde trainers;
- Zijn er 0 train-de-trainers.

De afgelopen 2 jaar is één keer de training Omgaan met psychotische symptomen gegeven op de afdeling 31/33/35. De afdelingen ouderen en jeugd doen niks met de LM. Mediant heeft geen forensische zorg en dubbele diagnose zorg. Omgaan met vrije tijd en Omgaan met werk worden aangeboden binnen de dagactiviteitencentra. Omgaan met Sociale relaties en intimiteit wordt nog niet aangeboden. Omgaan met verslaving is wel eens aangeboden bij de doelgroep psychotische stoornissen.

Doelgroepen

Module	Psychotische stoornissen	Affectieve stoornissen	Persoonlijkheidsstoornissen	Ouderen	Jeugd	Forensisch	Dubbele diagnose
Medicatie	X	X					
Symptomen	X	X					
Vrije tijd	X	X	X				
Verslaving	X						
Werk	X	X	X				
Sociale relaties en intimiteit							

Aan de modules kunnen cliënten deelnemen die de Nederlandse taal beheersen, die redelijk psychosevrij zijn en die gemotiveerd zijn.

Deelnemers

De deelnemende cliënten hebben een ernstige psychiatrische of psychische aandoening. Zij hebben hun symptomen redelijk onder controle en zijn in staat om deel te nemen aan een trainingssessie in een kleine groep.

Deelnemers worden veelal door de trainer geïnformeerd. Of in deze gesprekken ook aandacht wordt besteed aan mogelijke obstakels om de training af te ronden, is bij de projectleider niet bekend.

Trainers

De projectleider is zelf geen trainer en nooit bij een Libermantraining aanwezig geweest. Daarom zijn de vaardigheden van de trainers voor hem lastig te beoordelen. Over het algemeen zijn de trainers vaardig genoeg, al is de één deskundiger dan de ander. Ook zijn ze erg gemotiveerd om de trainingen uit te voeren. Bij de trainingen is altijd een co-trainer aanwezig. De trainer en co-trainer wisselen van rol. De trainers hebben voldoende tijd om de trainingen voor te bereiden. Er zijn geen praktijkoefendagen of intervisiebijeenkomsten voor de trainers georganiseerd.

Management

Ten tijde van de nulmeting zijn het management en het behandelteam nog onvoldoende op de hoogte van de LM; hun kennis over de modules is beperkt. Dat geldt niet alleen voor het management, maar ook voor een grote groep hulpverleners. Waarschijnlijk speelt de hoge werkdruk hierbij ook een rol. De direct betrokkenen bij het project, ondersteunen de implementatie van de LM, maar moedigen het niet direct aan. Volgens de projectleider is dit niet nodig. Wanneer een trainer een training wil geven, krijgt hij of zij de steun die nodig is.

Hulpmiddelen

Er zijn voldoende hulpmiddelen en faciliteiten (zoals videorecorder, tv, flip-over, werkboeken) aanwezig om de trainingen uit te voeren. De bereikbaarheid is wel een probleem voor sommige cliënten: de ervaring leert dat de drempel van de kliniek groot is. Daarom wil men de LM ook op een niet-klinische locatie als een dagactiviteitencentrum gaan aanbieden.

Inbedding

Over het algemeen zijn de cliënten lang genoeg in behandeling om de training te kunnen afmaken. Wel komt het voor dat cliënten naar een andere behandelsetting overgaan: als cliënten binnen het circuit blijven, kunnen ze de training blijven volgen. Gaan ze naar een ander circuit, dan niet. Daar worden de trainingen niet aangeboden. Feitelijk zou de deelnemer nog wel naar de afdeling waar de training wordt gegeven kunnen komen, maar door het gebrek aan communicatie tussen de afdelingen gebeurt dat niet.

Op de afdeling waar de LM aangeboden worden, is sprake van continuïteit: ook na de training wordt de werkwijze zoveel mogelijk gecontinueerd. Op de andere afdelingen van Mediant niet. Er worden geen boostersessies voor cliënten georganiseerd, maar één keer per week wordt er op de afdeling iets met de LM gedaan in de groepsbijeenkomsten. Het sociale netwerk wordt ook bij de trainingen betrokken, zij fungeren als helper. Het zorgcoördinatie/casemanagementteam is niet betrokken.

De modules zijn niet ingebed in een zorgprogramma. Het plan is om dit binnen het project te realiseren. De zorgprogramma's zijn onlangs geschreven. Ieder circuit heeft een eigen zorgprogramma.

3.4.2 Tweede meting

De tweede meting bij Mediant is ruim een half jaar later dan gepland uitgevoerd. De eerste projectleider (die een belangrijke oorzaak was voor de stagnerende implementatie) is in het najaar van 2006 vervangen door een nieuwe projectleider, de manager Langdurige Zorg. Het door de eerste projectleider ontwikkelde plan van aanpak is in juni 2006 goedgekeurd. Ten tijde van de tweede meting is er nog geen stuurgroep samengesteld.

Verder zijn er zeven trainers opgeleid door de Stichting Liberman Modules, waarvan er twee al ervaring hadden met het geven van trainingen. In januari 2007 hebben de trainers een boostersessie gevolgd. Van de zeven trainers zijn er vijf actief, de andere twee zijn voor langere tijd niet inzetbaar wegens zwangerschap en langdurige ziekte. Er zijn geen train-de-trainers opgeleid. In december 2006 zijn in Enschede (de afdeling Woningen en 31/33/35) twee trainingen 'Omgaan met antipsychotische medicatie' van start gegaan.

Ten opzichte van de nulmeting zijn er enkele wijzigingen opgetreden. Allereerst zijn er extra trainers opgeleid door SLM. Hoewel de afdeling 31/33/35 oververtegenwoordigd is, komen de trainers ook van de afdelingen Woningen en 25/27/29. Tijdens de nulmeting werd opgemerkt dat het management, de behandelstaf en medewerkers onvoldoende op de hoogte waren van de Liberman Modules. Hoewel dit inmiddels is verbeterd, blijft dit met name voor de medewerkers nog een belangrijk aandachtspunt.

3.4.3 Eindmeting

In maart 2007 is door de projectleider een stuurgroep samengesteld, die bestaat uit een teamleider, een beleidspsycholoog, een trainer en een projectleider. De stuurgroep komt twee keer per jaar bijeen. Verder heeft de projectleider het oorspronkelijke plan van aanpak aangepast en aangevuld. Voor de tweede helft van 2007 staan de volgende activiteiten gepland:

- Drie trainers worden opgeleid tot train-de-trainer;
- Nieuwe trainers worden opgeleid op de locatie Hengelo en in het ambulante veld;
- Na de zomer start een training 'Omgaan met psychotische symptomen'.

Sinds de tweede meting is veel energie gestoken in het creëren van draagvlak en het stimuleren van het aantal verwijzingen. Het draagvlak voor de Liberman trainingen is zowel bij afdelingshoofden als bij behandelaren toegenomen: afdelingshoofden worden in het beleidsoverleg op de hoogte gehouden van de stand van zaken, behandelaren worden bij (opdrachten van) de trainingen betrokken en verpleegkundigen worden tijdens behandelplanbesprekingen door de trainers geïnformeerd over de voortgang van de training. Ook zijn acties ondernomen om het verwijzingsproces te stimuleren: op Intranet staat actuele en heldere informatie over de trainingen, er is één aanspreekpunt gekomen voor de verwijzingen en er is een start gemaakt met het geven van klinische lessen voor hulpverleners.

Structurele inbedding

Binnen Mediant is een aantal maatregelen genomen om de Liberman Modules structureel te integreren in de standaardzorg:

- De Liberman Modules vormen een onderdeel van het zorgprogramma Langerdurende Zorg en het aanbod is vastgelegd in het werkplan van het Circuit Volwassenen Langerdurende Zorg Oost-Twente (VLOT);

- De Liberman Modules zijn een vast onderdeel geworden van het maandelijkse beleids- en werkoverleg;
- De financiële borging is tot en met 2008 vastgelegd. De deskundigheidsbevordering en de opleiding van nieuwe trainers en train-de-trainers zijn begroot en ingepland;
- De projectleider en stuurgroep blijven ook na afronding van dit project bestaan.

Bereik

Onder bereik verstaan we het percentage van de doelgroep dat één van de modules heeft gevolgd, in de periode voor of gedurende het implementatieproces. Omdat het implementatieproject zich heeft toegespitst op de locatie Enschede, hebben we de beoogde doelgroep ook beperkt tot deze locatie. We komen dan tot het volgende bereik:

Totale doelgroep (Enschede):			578 cliënten
Getrainde cliënten voor juni 2005:			60 cliënten ¹
Getrainde cliënten:	<i>juni 2006</i>	<i>juni 2007</i>	<i>december 2007</i>
	0 cliënten	14 cliënten	27 cliënten
Percentage bereik:	10 %	13 %	15 %

3.5 Conclusie

Uit de nulmeting blijkt dat GGZ Midden-Brabant een lange traditie kent op het terrein van de Liberman Modules, terwijl bij Meerkanten nog relatief weinig ervaring met de modules is opgedaan. Desondanks verschilt de uitgangssituatie van de drie instellingen niet zo veel: bij GGZ MB en Meerkanten zijn er 6 trainers en 1 train-de-trainer, bij Mediant zijn er 5 trainers en 0 train-de-trainer. Voor alle drie instellingen geldt dat de laatste twee jaar incidenteel de module 'Omgaan met psychotische symptomen' is aangeboden en de module 'Omgaan met antipsychotische medicatie' helemaal niet meer.

Uit de tweede meting komt naar voren dat twee van de drie instellingen (GGZ MB en Meerkanten) hun projectorganisatie op orde hebben: projectleiders zijn aangesteld, stuurgroepen geformeerd, en een plan van aanpak ontwikkeld en goedgekeurd. Tevens is men gestart met de uitvoering van de implementatie: hulpverleners zijn getraind, cliënten en hulpverleners zijn voorgelicht en de cliëntentrainingen zijn gestart. Teleurstellend is het verloop van de implementatie bij Mediant, waar men nog in de voorbereidingsfase zit en er nog geen cliëntentrainingen zijn uitgevoerd. De eerste projectleider (die een belangrijke oorzaak was voor de stagnerende implementatie) is in het najaar van 2006 vervangen door een nieuwe projectleider, de manager Langdurige Zorg.

Het streven om in de drie instellingen een bereik van 74% van de Liberman modules te realiseren is niet bereikt: bij GGZ MB was het totale bereik in december 2007 33%, bij Meerkanten 31% en bij Mediant 15%. Andere doelen zijn wel grotendeels gerealiseerd: er zijn (train-de-)trainers opgeleid; hulpverleners en cliënten zijn geïnformeerd over de modules; er is een structuur voor de trainingen ontwikkeld, en er zijn maatregelen genomen om de Liberman modules structureel in de organisatie in te bedden.

¹ Dit is een schatting. Het exacte aantal cliënten dat op de peildatum juni 2005 getraind was, is niet bekend.

4 Beschrijving van het implementatieproces

4.1 Inleiding

De beschrijving van het implementatieproces richt zich vooral op de ervaringen met de trainingen, het perspectief van cliënten, de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie en de gevolgde implementatiestrategieën. In dit kader zijn interviews afgenomen met managers, projectleiders, trainers en hulpverleners van de instellingen. Ook zijn groepsinterviews afgenomen met cliënten die aan de training hebben deelgenomen, en zijn bij de eindmeting cliënten geïnterviewd die met de training zijn gestopt of die niet aan de training wilden deelnemen.

Verder zijn telefonische interviews uitgevoerd met projectleiders/coördinatoren van vijf andere GGZ-instellingen, die veel ervaring hebben met de implementatie van de modules. In de interviews kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: visie en draagvlak voor de modules, voorlichting en verwijzing, organisatie en uitvoering van de training; belemmerende en bevorderende factoren en gehanteerde strategieën.

Ten slotte is er bij GGZ MB een door Sciencia Kennistransfer GGZ ontwikkelde vragenlijst voor verwijzers verspreid, om meer inzicht te krijgen in hoeverre verwijzers bekend zijn met de modules, hoe vaak zij naar de modules hebben verwezen, hun waarneming van de kenmerken van de modules en wat hun overwegingen zijn om cliënten wel of niet te verwijzen. Van de 21 uitgezette vragenlijsten zijn er 9 geretourneerd. De respondenten waren verpleegkundige (4), psycholoog (3) en maatschappelijk werker (2) (zie 5.4).

4.2 Ervaringen van trainers en hulpverleners met de trainingen

De trainers geven aan dat de trainingsbijeenkomsten goed zijn verlopen: cliënten zetten zich in, zijn betrokken en actief met de stof bezig.

'Het is altijd even aftasten als mensen elkaar niet kennen. Maar ze zijn opvallend open. Er is begrip en ondersteuning over en weer, er wordt met elkaar meegedacht. Wel zijn sommigen ongedurig als er een tijdje geen aandacht aan hen wordt besteed. Dan zie je ze wegdraaien, uit het raam kijken en is het moeilijk om mensen er weer bij te krijgen' (trainer GGZ MB).

'De sfeer is gemoedelijk, dat is belangrijk want daardoor komen ze ook terug. Dat heb je als trainers in de hand. Bij de rollenspellen geven ze elkaar positieve feedback, ze gaan op zoek naar goede punten van iemand. Dat is erg het gevolg van hoe je het als trainers aanbiedt, dat gaat over naar de groep. Naast dat ze er wat van opsteken, gaat het erom dat ze het leuk vinden. Dat ze nu eens complimenten krijgen, want dat krijgen ze bijna nooit' (trainer GGZ MB).

Zij vinden de modules didactisch sterk: op een positieve en duidelijke manier worden vaardigheden voor de praktijk aangeleerd. Positieve punten van de methodiek zijn de herhalingen en het stappenmodel. De training is zowel voor trainers als voor cliënten duidelijk en gestructureerd opgezet. Alle onderdelen sluiten op elkaar aan en door de vaste structuur weten de cliënten wat ze per bijeenkomst kunnen verwachten. De herhalingen zijn belangrijk voor cliënten en ze zijn op zo'n manier vormgegeven dat ze niet storend zijn.

Sterke onderdelen vinden de trainers het rollenspel, de video en het onderscheid tussen waarschuwingssignalen en blijvende symptomen. Minder goed vinden de trainers dat het onderdeel hulpmiddelen te lang is en dat er weinig ruimte is voor een groepsgesprek. De trainers zien als positieve effecten van de modules dat cliënten waarschuwingssignalen beter leren herkennen,

dat zij ziekteverschijnselen beter kunnen plaatsen en dat zij (ook op langere termijn) beter met hun behandelaren over hun ziekte kunnen praten. Ook komen sommige cliënten een stap verder in de acceptatie van hun aandoening. Ten slotte is bij sommige cliënten de sfeer in het gezin verbeterd, omdat gezinsleden ook beter geïnformeerd zijn en daardoor meer begrip kunnen opbrengen.

Wel geven sommige trainers aan dat herhaling en inbedding in de reguliere behandeling noodzakelijk zijn om lange termijn effecten te realiseren. Dit betekent dat zowel behandelaren als verpleegkundigen meer met de modules moeten doen dan alleen een cliënt aanmelden voor de training.

'Sommige cliënten zeggen dat ze het zinvol vinden en er nog steeds veel aan hebben. De kennis en het bewustzijn zijn er meestal nog wel. Maar als iemand gedesorganiseerd is en er door de behandelaar niets meer mee wordt gedaan, dan zakt het weg' (trainer Meerkanten).

De hulpverleners vinden de opzet van de cursus goed, de structuur duidelijk en zijn van mening dat de inhoud goed aansluit bij problemen van cliënten. Daarnaast wordt systematisch, met veel aandacht en in het tempo van de cliënten een onderwerp behandeld. Dit in tegenstelling tot individuele gesprekken, waarin vaak de tijd en rust ontbreekt. Wel vinden sommige hulpverleners het tempo van de trainingen wat te laag.

'Hulpverleners horen dat het tempo laag ligt en er veel herhalingen zijn en vragen zich dan af of het wel goed is voor hun cliënten. Terwijl dat voor onze doelgroep juist goed is, die herhalingen. Maar de mensen die er iets mee te maken hebben (gehad) en/of getraind zijn, die zijn er positief over' (hulpverlener GGZ MB).

Als positieve effecten van de training zien zij dat cliënten opener zijn geworden en gemakkelijker over hun klachten praten. Ook is hun inzicht vergroot, kunnen zij waarschuwingssignalen beter herkennen en zijn zij beter in staat om zelf een afweging te maken, bijvoorbeeld over het gebruik van medicatie. Verder zien zij dat cliënten in de groep veel herkenning vinden en zich daardoor geen uitzondering meer voelen. Voor enkele hulpverleners zijn de modules ook een middel in de behandeling: zij gebruiken het als opstap om bepaalde onderwerpen te bespreken.

4.3 Ervaringen van cliënten met de trainingen

In het onderzoek neemt het perspectief van cliënten een belangrijke plaats in. Aan cliënten is gevraagd naar hun motivatie om wel of niet aan de training deel te nemen, hun ervaringen met de training (inhoud, trainers, etc) en het nut van de trainingen (kennis, vaardigheden, etc.).

Alle geïnterviewde cliënten zijn door hun hulpverleners of trainers geïnformeerd over de trainingen. De meeste cliënten vinden dat zij voorafgaand aan de training voldoende geïnformeerd zijn over de opzet en inhoud van de training. Cliënten van Mediant noemen als negatief punt het ontbreken van informatiefolders. Voorafgaand aan de training hadden cliënten de volgende verwachtingen: dat ze leren zich te concentreren, dat ze kennis opdoen over symptomen en medicatie, en dat ze zelfstandiger en assertiever worden.

'Ik wilde informatie krijgen over psychose, want ik wist er toen nog niet veel van. Ook wilde ik een terugval voorkomen.(...) Na mijn psychose werd ik door de medicatie weer op de wereld gezet, maar de verwerking begon met de Liberman Modules' (cliënt Meerkanten).

De frequentie van de trainingen verschilt: bij Meerkanten en Mediant vinden twee trainingssessies per week plaats, bij GGZ MB is eenmaal per week een trainingsbijeenkomst. Over de frequentie van de trainingen verschillen de meningen: cliënten van Meerkanten vinden tweemaal per week wel intensief, maar vinden het aan de andere kant prettig dat de cursus niet langer

dan 4 maanden duurt. Cliënten van Mediant geven aan dat zij erg moeten wennen aan de dubbele frequentie en sommigen blijven het zwaar vinden. Hun voorkeur gaat uit naar een frequentie van eenmaal per week.

Ook over het tempo van de trainingen zijn de meningen verdeeld. Sommige cliënten vinden het tempo (te) hoog, anderen vinden juist dat het allemaal wat sneller kan. In sommige groepen zijn de niveaueverschillen tussen cliënten wat groter dan in andere groepen. Over de grootte van de groep zijn de cliënten tevreden, omdat iedereen op deze manier aan bod komt. Ook vinden cliënten het goed dat de cursussen groepsgewijs worden aangeboden, omdat ze hierdoor hun ervaringen kunnen delen met anderen. Tevens vinden zij herkenning bij elkaar en kunnen zij van elkaars ervaringen leren.

'Je leert van elkaar. Je weet niet wie je treft, maar uiteindelijk kenden de meesten elkaar en was het gezellig en vertrouwd' (cliënt Mediant).

Ook zijn de cliënten erg te spreken over de trainers: ze zijn duidelijk en rustig, goed op de hoogte van het onderwerp en houden rekening met het tempo van deelnemers. Verder waarderen de cliënten de positieve sfeer in de groep, het onderdeel communicatievaardigheden, de techniek voor problemen oplossen en de heldere opbouw van de training.

'De informatie gaat stapsgewijs, de opbouw is heel goed. Het werkboek geeft veel informatie en is ook een soort naslagboek. De extra bladzijden achterin zijn ook heel handig, als je nog dingen wilt opschrijven' (cliënt Meerkanten).

Men was minder te spreken over de herhalingen en overlap tussen de onderdelen, sommige huiswerkopdrachten, het drugs rollenspel en de vragen na de video. Ook miste men een overzicht van de structuur van het werkboek. Verder hadden sommige cliënten moeite met het taalgebruik: ze begrepen sommige moeilijke woorden of ingewikkelde vragen niet.

Cliënten die eerder gestopt zijn met de training, gaven als redenen aan dat ze opgenomen moesten worden, dat ze een terugval kregen of dat ze er nog niet aan toe waren om de training te volgen.

'Ik voelde me niet goed. Het was niet op het goede moment. Ik had bij de start al het gevoel dat ik het niet vol zou houden' (cliënt GGZ MB).

Een van hen gaf aan dat bij de overweging om te stoppen ook heeft meegespeeld dat de training in een groep werd gegeven en niet individueel: individueel had hij de training misschien wel afgemaakt. Ook kende hij geen andere cliënten in de groep en had hij het gevoel dat het met hem slechter ging dan met de rest: hij had andere problemen en kon hierdoor moeilijk aansluiting vinden bij anderen.

De cliënt die geen Liberman training wilde volgen, gaf aan dat hij al psycho-educatie volgde en dat nog een training te veel voor hem was. Ook vond deze cliënt de training niet nodig, omdat hij in God geloofde en die zou ervoor zorgen dat het weer goed kwam met hem.

Cliënten die aan de training hebben deelgenomen geven aan dat ze door de training(en) meer te weten zijn gekomen over hun ziekte, de symptomen en medicatie.

'Ik heb geleerd dat er verschillende kanten van schizofrenie zijn, dat het bij iedereen anders is maar dat er ook overeenkomsten zijn en dat je er ondanks ieders eigen verhaal toch niet alleen voor staat' (cliënt Meerkanten).

Ook zijn ze zich bewuster geworden van waarschuwingssignalen, kunnen ze gemakkelijker over hun ziekte praten, en kunnen ze beter onderscheid maken tussen signalen, blijvende symptomen en bijwerkingen. Ook kunnen zij de voor- en nadelen van bepaalde oplossingen beter afwegen, bijvoorbeeld over het wel of niet gebruiken van medicatie.

'Je leert waarom medicatie belangrijk is, wat de verschillende soorten medicatie met je doen (de een is om beter te slapen, de ander tegen psychotische symptomen enzovoort) en welke bijwerkingen je ervan kunt krijgen' (cliënt Mediant).

Daarnaast weten ze beter bij wie ze voor welke vragen terecht kunnen, kunnen ze beter communiceren met hun behandelaar en weten zij beter om te gaan met probleemsituaties.

'Je leert dat je op tijd moet aangeven als je je ziek voelt worden en bij wie je dan moet aankloppen. Je leert dat je vragen kan stellen, dat je om een gesprek met de behandelaar kan vragen en hoe je dat kan aanpakken' (cliënt Mediant).

'Doordat ik meer weet van medicatie en mijn ziekte, neem ik niet meer alles voor zoete koek aan, maar stel ik vragen aan de psychiater' (cliënt Meerkanten).

Wel geven sommige cliënten aan dat –ondanks dat ze veel leren in de training- de praktijk soms moeilijker is dan in de bijeenkomsten wordt geoefend.

'Wat je geleerd hebt in de training, blijkt in de praktijk moeilijk uitvoerbaar. Bijvoorbeeld als je het met de psychiater over medicatie wilt hebben, dan heeft de psychiater toch zijn eigen idee daarover en blijft daar ook bij. Dat is lastig' (cliënt Mediant).

Verder noemen enkele cliënten het positieve effect dat de training heeft op hun gezins- en familieleden:

'Omdat zij en ik beter weten wat er met me aan de hand is, kunnen we er nu over praten'.

4.4 Visie van verwijzers

Om meer inzicht te krijgen in hoeverre verwijzers bekend zijn met de modules, hoe vaak zij naar de modules hebben verwezen, hun waarneming van de kenmerken van de modules en wat hun overwegingen zijn om cliënten wel of niet te verwijzen, is bij GGZ MB een vragenlijst onder hulpverleners/verwijzers verspreid.

Alle hulpverleners blijken op de hoogte te zijn van het aanbod van de modules Omgaan met antipsychotische medicatie en Omgaan met psychotische symptomen binnen de instelling. Vrijwel iedereen is enigszins of goed bekend met de visie en de doelen van deze modules. Minder bekend is men met het werkboek van de trainingen: vier hulpverleners kennen het werkboek Omgaan met antipsychotische medicatie niet en twee hulpverleners het werkboek Omgaan met psychotische symptomen niet. De doelgroep van de module Omgaan met antipsychotische medicatie is redelijk (4) tot goed (5) bekend, de doelgroep van de module Omgaan met psychotische symptomen is iets beter bekend: bij 6 hulpverleners goed en bij 3 redelijk.

Van de 9 hulpverleners hebben er 4 nog nooit verwezen naar de module Omgaan met antipsychotische medicatie, 2 hulpverleners hebben één keer verwezen, 2 hulpverleners hebben twee keer verwezen en 1 hulpverlener heeft tien keer naar de module verwezen. Naar de module Omgaan met psychosen hebben 3 hulpverleners geen enkele keer verwezen, 2 hulpverleners één keer, 3 hulpverleners twee keer en 1 hulpverlener acht keer. Bij de module Omgaan met antipsychotische medicatie hebben 4 hulpverleners wel eens overwogen om te verwijzen maar dit uiteindelijk niet gedaan, bij de module Omgaan met psychotische symptomen zijn er dat 5. Verder hebben 4 hulpverleners de module Omgaan met antipsychotische medicatie met één of meer cliënten besproken, en 5 hulpverleners de module Omgaan met psychotische symptomen.

Bij het besluit om cliënten wel of niet te verwijzen naar de modules spelen de volgende overwegingen meestal of altijd een rol:

	meestal / altijd
Motivatie van cliënten	(5)
Psychische gesteldheid van cliënten	(4)
Beschikbaarheid van alternatieven	(3)
Noodzaak voor cliënten	(2)
Moeilijkheidsgraad van de modules	(1)
Ervaring van andere cliënten	(0)

Andere overwegingen die een rol spelen bij de verwijzing van cliënten naar de modules zijn onder andere: de taalbarrière (2), de duidelijkheid van effecten op langere termijn (1), het ziekte-inzicht van cliënten (1), individueel versus groepsaanbod (1) en de ernst van de klachten (1).

Ten slotte kregen de hulpverleners een aantal stellingen voorgelegd, waarbij zij (sterk) mee eens, (sterk) mee oneens of neutraal konden aangeven.

	(sterk) mee eens
De modules zijn geschikt voor deze cliënten	(9)
De modules zijn nuttig voor deze cliënten	(8)
Ander aanbod is effectiever voor deze cliënten	(2)
De modules zijn verenigbaar met mijn eigen waarden en visie op zorg	(7)
De modules zijn verenigbaar met de waarden en visie op zorg van mijn team	(7)
De modules zijn verenigbaar met mijn kennis over onderzoek bij deze cliënten	(6)

We kunnen concluderen dat de beide modules weliswaar globaal bekend zijn, maar dat sommige hulpverleners niet op de hoogte zijn van wat het werkboek inhoudt. Verder valt op dat de houding van hulpverleners ten aanzien van de modules (stellingen) positief is, maar dat dit niet altijd leidt tot het gewenste gedrag: sommige hulpverleners hebben niet of nauwelijks cliënten naar de modules verwezen. Dit betekent dat de voorlichting aan verwijzers vooral concreet moet zijn (inhoud werkboek, oefeningen doen) en dat veel aandacht moet uitgaan naar de overwegingen die bij verwijzers een rol spelen, zoals het informeren en motiveren van cliënten voor de training.

4.5 Bevorderende factoren

Belangrijke bevorderende factoren voor de implementatie van de modules zijn een goede projectleiding en goed projectmanagement. Goede projectleiding houdt in dat er een enthousiaste projectleider is die andere medewerkers informeert en motiveert. Verder moet de projectleider voldoende tijd hebben om het project te ontwikkelen en te coördineren. Met name in het beginstadium wordt één tot twee dagen per week noodzakelijk geacht. Ook is van belang dat de projectleider enige status heeft in de organisatie en voldoende beslissingsbevoegdheid heeft. Verder speelt een goed functionerende stuurgroep een rol in het creëren van draagvlak.

Adequaat projectmanagement betekent dat er een gestructureerd en helder plan van aanpak wordt ontwikkeld dat door alle betrokkenen ondersteund wordt. Het plan moet haalbare doelen bevatten en strakke deadlines die ook gehandhaafd worden. Verder blijken gunstige randvoorwaarden, zoals voldoende financiële middelen om medewerkers te trainen, de implementatie te bevorderen.

'Er kon veel geregeld worden, ik heb niet vaak gehoord dat iets niet kon' (projectleider Meerkanten)

Een positieve factor in alle drie de instellingen vormen enthousiaste en leergierige trainers en train-de-trainers, die het nut van de modules met verve kunnen uitdragen in de organisatie en cliënten en verwijzers informeren en enthousiasmeren over de modules.

'Ondanks hun frustratie die ontstond in de loop van het implementatieproject, bleven ze enthousiast over de Liberman Modules. Dit enthousiasme weten de trainers goed over te brengen naar behandelaren en hulpverleners' (projectleider Mediant).

Verder zijn de trainers en train-de-trainers de spil in de voorbereiding en uitvoering van de trainingen.

'Je merkt dat het succes van de implementatie afhankelijk is van mensen. Het staat of valt met de trainers' (projectleider Meerkanten).

Ook het draagvlak bij managers, hulpverleners en cliënten voor de modules blijkt cruciaal te zijn voor een geslaagde implementatie. Managers kunnen inhoudelijk achter de LM gaan staan en de uitvoering van de modules actief ondersteunen op hun afdelingen. Ook kunnen zij voldoende randvoorwaarden creëren om de modules uit te voeren, zoals het vrijstellen van de trainers. Verwijzers spelen een belangrijke rol in het informeren en verwijzen van cliënten naar de trainingen. De betrokkenheid van cliënten is belangrijk voor het motiveren en enthousiasmeren van andere cliënten.

Andere bevorderende factoren zijn: deskundigheidsbevordering en intervisie van trainers en ondersteuning door de Stichting Liberman Modules.

4.6 Belemmerende factoren

Er is een aantal factoren dat succesvolle implementatie van de Liberman Modules in de drie instellingen heeft belemmerd.

Bij Mediant was de belangrijkste belemmering het gebrek aan betrokkenheid en beslissingsbevoegdheid bij de projectleider. De eerste projectleider van Mediant heeft het plan van aanpak niet consequent uitgevoerd en daardoor zijn veel noodzakelijke activiteiten blijven liggen. Ook is de implementatie gestagneerd omdat de projectleider onvoldoende beslissingsbevoegdheid had, waardoor hij altijd afhankelijk was van anderen om de noodzakelijke randvoorwaarden te organiseren.

Bij Mediant en GGZ MB hebben instellingsbrede ontwikkelingen zoals reorganisaties, ingrijpende bezuinigingen, verlies van de a-opleiding en de invoering van Diagnose-Behandelingcombinaties (DBC's) de invoering van de modules vertraagd. Hierdoor is de aandacht van leidinggevenden en teams naar andere zaken verschoven en moest men vissen in dezelfde kweekvijver van enthousiaste medewerkers die open staan voor extra activiteiten. Verder zijn door reorganisaties veel managers en behandelaren van plek gewisseld, waardoor de continuïteit verloren ging en opnieuw draagvlak gecreëerd moest worden.

Een ander knelpunt bij de drie instellingen was het moeizaam op gang komen van de verwijzingen door hulpverleners naar de Liberman trainingen. Oorzaken waren onbekendheid met de modules, scepsis ten aanzien van de modules (te laag tempo, te veel herhalingen), de beschikbaarheid van alternatief aanbod voor cliënten, en het feit dat de modules nog onvoldoende in bestaande routines waren ingebed.

'Het is lastig om voldoende cliënten te krijgen. Het is wel weer gelukt. Ik krijg geen berichten dat de Liberman Modules er niet toe doet. Iedereen is wel geïnteresseerd, maar men neemt niet de tijd om zich er in te verdiepen. Ik heb een presentatie gegeven, daar waren 15 mensen. Anderhalf jaar geleden waren er 50. Waardoor het komt.. sowieso drukte' (projectleider Meerkanten).

Ook komt het nog weinig voor dat cliënten zichzelf aanmelden voor een training.

'Een onbeantwoorde vraag is hoe je cliënten het beste kan benaderen om ze de module te laten volgen. De cliënten nemen zelf de beslissing om het al dan niet te gaan volgen, op advies van de behandelaar of een andere hulpverlener. Met name de ambulante cliënten nemen op grond van alles wat ze hebben gehoord, weinig de beslissing om de training te gaan volgen. En waar ligt dat dan aan?' (projectleider GGZ MB).

Ook het verloop en de uitval van (train-de-)trainers hebben de invoering van de modules belemmerd. Bij Mediant was een tijd lang sprake van een krapte aan trainers (o.a. door ziekte en zwangerschapsverlof). Bij Meerkanten is één van de train-de-trainers gedurende het implementatietraject overleden, waardoor de uitvoering van de modules op die locatie tijdelijk heeft stilgelegen.

'Als er iets met de kartrekkers gebeurt, stort het wat in en merk je dat het kwetsbaar is' (manager Meerkanten).

Verder bleek het organisatorisch en logistiek lastig te zijn om in korte tijd op verschillende locaties en afdelingen een nieuwe werkwijze goed van de grond te krijgen. Met name de vrijstelling van hulpverleners voor de trainingen en de afstemming tussen afdelingen/locaties leverden nogal eens problemen op. Het was voor de instellingen niet wenselijk en haalbaar om dusdanig veel groepstrainingen te doen dat zo veel mogelijk cliënten binnen een relatief korte tijd konden worden getraind.

Tabel 4.1 Overzicht van belemmerende en bevorderende factoren bij Mediant, GGZ Midden Brabant en Meerkanten

Factor	Heel negatief	Negatief	Geen invloed	Positief	Heel positief	N.v.t
Financiering			X	O+		
Organisatieveranderingen (reorganisaties, e.d.)		O	X			+
Samenwerking en afstemming tussen afdelingen		O	X	+		
Beschikbare tijd projectleider			O	X+		
Zeggenschap projectleider		O		X+		
Beschikbaarheid trainers		O+		X		
Verloop trainers		X+				O
Verloop management						O X+
Betrokkenheid van cliënten				X+	O	
Vaardigheden van trainers				X+	O	
Attitude van trainers t.o.v. LM				X+	O	
Attitude van behandelaren /hulpverleners t.o.v. LM		X+		O X+ ¹		
Attitude van team- en afdelingsleiders t.o.v. LM			+	O X		
Attitude van directie t.o.v. LM			+	O X		
Attitude van cliënten t.o.v. LM			+	X	O	
Aanwezigheid van een rolmodel (cliënt)						O X+
Aanwezigheid van opinieleiders (enthousiaste hulpverleners)				X+	O	
Ondersteuning consulent SLM		X		O X+		

O = Mediant X = GGZ MB + = Meerkanten

¹ Bij GGZ MB en Meerkanten waren er zowel sceptische/onverschillige hulpverleners (negatieve factor) als enthousiaste hulpverleners (positieve factor).

4.7 Gehanteerde strategieën

Aan betrokkenen is gevraagd wat zij hebben ondernomen om de belemmeringen en knelpunten op te lossen, met andere woorden welke strategieën voor implementatie hebben zij gehanteerd?

Problemen bij Mediant die te maken hadden met het onvoldoende functioneren van de projectleider, zijn opgelost door een nieuwe projectleider aan te stellen. Bij het aanstellen van de nieuwe projectleider is er rekening mee gehouden dat diegene voldoende beslissingsbevoegdheid heeft, daadkrachtig is en enthousiast is over de Liberman modules. Hoewel er met de komst van een nieuwe projectleider sprake was van een duidelijke verbetering, heeft Mediant hier –in het kader van dit project- nauwelijks meer de vruchten van kunnen plukken. In de te ontwikkelen implementatiestrategie zal een voorbeeldprofiel voor een projectleider worden opgenomen, waar andere instellingen in de toekomst gebruik van kunnen maken.

De negatieve gevolgen van instellingsbrede ontwikkelingen (zoals reorganisaties) zijn zoveel mogelijk beperkt door gerichte en herhaalde voorlichting te geven en op die manier (opnieuw) draagvlak te creëren. De voorlichting heeft zich vooral op de twee belangrijkste doelgroepen gericht, namelijk hulpverleners en cliënten. De instellingen hebben informatiebijeenkomsten georganiseerd om hulpverleners op de hoogte te stellen van de Liberman modules. Ook hebben de hulpverleners folders ontvangen en zijn zij mondeling geïnformeerd door de projectleider en trainers. Cliënten zijn mondeling door hun hulpverleners geïnformeerd en hebben cliëntenfolders gekregen.

Om de verwijzingen naar de Liberman trainingen te verbeteren hebben de instellingen een aantal strategieën gehanteerd:

- GGZ Midden Brabant heeft een verwijzingsplan opgesteld. Belangrijk onderdeel van het plan is dat de Liberman modules worden opgenomen in de behandelplanbesprekingen. Daarnaast is een structuur opgezet, waarbij de verwijzingen niet meer afhankelijk zijn van de behandelaren. Dit houdt in dat twee maanden voorafgaand aan de training een lijst met potentiële deelnemers wordt opgesteld en de betrokken behandelaren hiervan op de hoogte worden gesteld. Daarnaast maakt men gebruik van peer-education om cliënten te informeren en wordt een gespreksformat ontwikkeld voor de voorlichting aan cliënten.
- Ook bij Meerkanten is een verwijzingsplan opgesteld, dat bestaat uit drie te volgen stappen voor de trainers. Allereerst wordt getracht via de reguliere weg (voorlichtingbijeenkomsten, folders, mailingen) aanmeldingen binnen te krijgen. Als dit onvoldoende respons oplevert, worden verwijzers benaderd waarvan geen aanmeldingen komen, maar die waarschijnlijk wel potentiële deelnemers in hun caseload hebben. Een laatste stap (als een uiterst noodmiddel) is om via het medisch dossier geschikte cliënten op te sporen. Daarnaast wil men tijdens het verplichte onderwijs van arts-assistenten voorlichting geven over de modules.

Andere strategieën die gebruikt zijn om bestaande knelpunten op te lossen zijn: nieuwe (trainde)trainers werven en opleiden, het formeren van een actieve stuurgroep om draagvlak te creëren in de instelling, de inzet van aandachtsfunctionarissen voor de Liberman Modules om de bekendheid onder hulpverleners te vergroten, en het betrekken van de cliëntenraad om cliënten over de modules te informeren.

4.8 Conclusie

Uit de interviews met trainers en hulpverleners komt naar voren dat zij een positieve indruk hebben van de de Liberman trainingen: zij vinden de opzet en de structuur van de training goed en zijn van mening dat de inhoud goed aansluit bij problemen van cliënten. Wel vinden

sommige hulpverleners het tempo wat te laag. Als positieve effecten ziet men dat cliënten gemakkelijker over hun klachten praten, dat zij meer ziekte-inzicht gekregen hebben en een stap verder zijn gekomen in het acceptatieproces van hun ziekte.

Ook cliënten zijn positief over de trainingen, met name over de inhoud van de training, de sfeer in de groep en over de trainers. Over het tempo van de trainingen zijn de meningen verdeeld: sommigen vinden het tempo (te) hoog, anderen vinden juist dat het sneller kan. Cliënten die gestopt zijn met de training gaven als redenen dat ze opgenomen moesten worden, dat ze een terugval kregen of dat ze er nog niet aan toe waren om de training te volgen. Cliënten die aan de training hebben deelgenomen, vertellen dat ze door de training(en) meer te weten zijn gekomen over hun ziekte en dat ze gemakkelijker over hun ziekte praten. Ook kunnen ze beter onderscheid maken tussen waarschuwingssignalen, blijvende symptomen en bijwerkingen en zijn ze in staat om de voor- en nadelen van bepaalde oplossingen beter af te wegen.

Uit de resultaten van de vragenlijst voor verwijzers blijkt dat de beide modules weliswaar globaal bekend zijn, maar dat sommige hulpverleners niet op de hoogte zijn van wat het werkboek inhoudt. Ook valt op dat de houding van hulpverleners ten aanzien van de modules positief is, maar dat dit niet altijd leidt tot het gewenste gedrag: sommige hulpverleners hebben niet of nauwelijks cliënten naar de modules verwezen.

Verder zijn uit de procesevaluatie enkele belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie naar voren gekomen. Belangrijke bevorderende factoren zijn een goede projectleiding (enthousiaste projectleider met voldoende tijd en beslissingsbevoegdheid), goed projectmanagement (helder projectplan, gunstige randvoorwaarden), enthousiaste en leergierige (train-de-)trainers, en voldoende draagvlak bij management en verwijzers. De belangrijkste belemmerende factoren zijn: onvoldoende tijd, betrokkenheid en beslissingsbevoegdheid bij de projectleider, instellingsbrede ontwikkelingen als reorganisaties en bezuinigingen, moeizame verwijzingen, uitval van (train-de-)trainers, en organisatorische en logistieke belemmeringen (o.a. in vrijstelling hulpverleners, afstemming tussen locaties). Om deze knelpunten op te lossen hebben instellingen onder andere een nieuwe projectleider aangesteld, informatiebijeenkomsten georganiseerd, hulpverleners en cliënten voorgelicht, een verwijzingsplan opgesteld, peer-education voor cliënten georganiseerd en aandachtsfunctionarissen voor de LM ingezet.

5 Modelgetrouwheid van de trainingen

5.1 Inleiding

De Trainers Competentie Beoordelingsschaal is een in de Verenigde Staten door professor Liberman en zijn team ontwikkelde schaal die het vermogen van hulpverleners (trainers) meet om specifieke handelingen te verrichten die nodig zijn voor het begeleiden van deelnemers in het kader van de verschillende trainingsmodules.

Een getrainde observator kijkt hoe de trainer (en eventuele co-trainer) een groep tijdens de training begeleidt of bekijkt een video-opname die van de sessie is gemaakt. Hij beoordeelt de trainer op een aantal subschalen met betrekking tot vaardigheden en methodevastheid door items te scoren op een 4-punts likert-schaal. De schaal geeft zo het nodige houvast om trainees gerichte feedback te geven op hun optreden als trainer en kan worden gebruikt om te beoordelen of een trainee voldoende scoort om zelfstandig een groep te leiden.

Een trainee scoort voldoende wanneer maximaal 2 items als slecht zijn beoordeeld en niet meer dan 15 met redelijk.

5.2 Inzet binnen het implementatieonderzoek

Op twee verschillende meetmomenten (die enigszins verschilden per instelling vanwege de voortgang) zijn verschillende trainers beoordeeld aan de hand van de schaal in een live-situatie, dat wil zeggen dat de beoordelaars ter plekke bij een training met cliënten aanwezig waren. De beperking die deze werkwijze met zich meebracht was dat er op beperkte schaal binnen de verschillende instellingen trainingen werden aangeboden en de beoordelaars die (schaarse) momenten moesten zien te matchen met hun agenda. De resultaten uit de scores op de TCBS kunnen dan ook alleen als steekproef worden opgevat; de uitkomsten zeggen iets over het globale niveau van de trainers en in een enkel geval iets over de progressie in de zin van kwaliteit van trainers binnen een instelling.

De TCBS werd afgenomen binnen een trainingssessie. Aangezien niet in elke sessie alle vaardigheden die kunnen worden gescoord aan bod komen (de modules zijn opgebouwd aan de hand van 7 leerstappen die deels andere kwaliteiten van trainers vragen; elke leeractiviteit komt vier maal terug en beslaat ongeveer een sessie) is een beperking van de schaal zelf dat vaak maar een deel van de schaal binnen een sessie kan worden gescoord.

5.3 Uitvoering en verwerking

In totaal zijn 15 TCBS-en afgenomen binnen de drie instellingen in de periode van januari 2006 tot januari 2008. Hiervan was de verdeling als volgt:

Tabel 5.1 Aantal afgenomen TCBS-en per instelling

Instelling	Aantal
Meerkanten	5 (over 5 verschillende trainers)
GGZ MB	6 (over 6 verschillende trainers)
Mediant	4 (over 4 verschillende trainers)

Deze TCBS-en zijn afgenomen door twee ervaren docenten van SLM. Na afname werden de schalen waar nodig gecorrigeerd op methodevastheid van scores (bijvoorbeeld: globaal kan niet hoger worden gescoord dan de som van specifieke items per subgroep, hoofditems kun-

nen alleen als koppel worden gescoord). Vervolgens werden de scores per subitem geteld (immers dit zegt iets over de kwaliteit van uitvoering van de verschillende subitems). Voor de inhoud van de items verwijzen we naar de TCBS in bijlage 3. De betekenis van de scores is als volgt:

Slecht: trainer vertoont nauwelijks effectief gedrag. Behoeft nog veel training.

Redelijk: trainer vertoont hier en daar effectief gedrag, maar het meeste gedrag is nog niet doelgericht.

Goed: het meeste gedrag is effectief maar nog niet altijd doelgericht.

Uitstekend: alle gedrag is effectief en doelgericht.

Dat betekent dat uitstekend slechts weinig gescoord zal worden omdat het binnen vaardigheidstraining, in de interactie met cliënten moeilijk is om elk gedragsitem doelgericht te laten zijn.

Tabel 5.2 Scores per subitem TCBS (zie bijlage 3)

Subitem	slecht	redelijk	goed	uitstekend	n.v.t.
Onderwerp inleiden en doelen introduceren					
1			11	1	3
2		4	7		4
3		5	8		2
4		2	10	1	3
5		1	11		3
6		6	5		4
7		8	3		4
8		9	2		4
9		6	5		4
Didactisch-pedagogische grondhouding					
10			14		1
11			14		1
12		1	11	1	2
13		5	8	1	1
14		8	4		3
15	1	4	8		2
16			13		2
17		2	11		2
Begeleiding van rollenspellen					
18	3	1			11
19					15
20					15
21		1	3		11
22		3	1		11
23		2	2		11
24			4		11
25			4		11
26		2	2		11
27			2		13
28			4		11
Geven van feedback					
29			4		11
30		3	1		11
31		2	3		10
32			4		11

33			3		12
34			4		11
Verbale bekrachtiging					
35		2	10	2	1
36		1	15		0
37		1	13	1	0
38		6	8		1
39		2	13		0
Modeling					
40		1	3		11
41		2	2		11
42		1	2		12
43		1	2		12
44		1	2		12
Geven van instructies					
45		1	6		8
46		4	3		8
47			6	1	8
48			7		8
49			8		7
Therapeutische grondhouding					
50		1	13	2	
51			11	4	
52			13	2	

Conform de reeds genoemde beperking van de schaal zelf zijn er een behoorlijk aantal items die in vele gevallen als niet van toepassing worden gescoord. Dit betreft de items die verwijzen naar activiteiten en vaardigheden die trainers maar in een beperkt aantal sessies per vaardigheidsdomein (elke module heeft vier of meer vaardigheidsdomeinen) gehanteerd moeten worden. Het betreft de items 'begeleiding van rollenspellen' (subitems 18-28), 'geven van feedback' (subitems 29-34), 'modeling' (subitems 40-44) en 'geven van instructies' (subitems 45-48).

Opvallend is dat de kwalificatie 'slecht' slechts vier maal is gegeven. Gezien de maximum norm van twee per trainer en de spreiding van 16 maal 52 items mogen we hieruit concluderen dat alle trainers voldoende toegerust waren om zelfstandig de trainingen te leiden.

In totaal werd 98 keer redelijk gescoord. Gezien de norm van maximaal 15 per trainer en de spreiding van 16 trainers onderbouwt dit hetgeen hierboven wordt geconcludeerd. Als we kijken naar de items die het vaakst redelijk scoren dan betreft het de items 6 tot en met negen: deze items verwijzen naar de vaardigheden van trainers om de deelnemers te motiveren tot deelname aan de training en de sessie in het bijzonder. Het item dat daarnaast hoog scoort op redelijk betreft een item dat verwijst naar de vaardigheid van trainers om elke positieve ontwikkeling van cliënten positief te bekrachtigen. We noemen dat ook wel de bekrachtigende attitude die trainers moeten gaan ontwikkelen. Aangezien alle gescoorde trainers relatief onervaren waren, is het begrijpelijk dat ze op deze items laag scoren omdat deze vaardigheden doorgaans tijd en coaching behoeven om zich goed te ontwikkelen.

De opgetelde scores van redelijk en goed per item zitten steeds in een range van 11 tot 14 van de items die niet overwegend als n.v.t. werden gescoord. Dat betekent dat de items die vaardigheden die regelmatig binnen de trainingen worden uitgevoerd een goede voldoende scoren.

Het is niet mogelijk binnen dit onderzoek om te zien of trainers op persoonlijk niveau vooruit gaan. Wel kunnen we de scores uitsplitsen naar een eerste en een tweede meting per instelling

Tabel 5.3 Scores TCBS bij eerste en tweede meting per instelling

	Items slecht	Items redelijk	Items goed	Items uitstekend
Mediant				
1 ^e meting (2 personen)	2	13	55	0
2 ^e meting (2 personen)	0	11	54	5
GGZMB				
1 ^e meting (2 personen)	2	14	44	0
2 ^e meting (4 personen)	0	18	48	3
Meerkanten				
1 ^e meting (2 personen)	0	18	31	1
2 ^e meting (3 personen)	0	14	66	7

Uit deze scores is geen harde tendens waar te nemen. We kunnen alleen opmerken dat de slecht gescoorde items in de tweede metingen afwezig zijn, dat het aantal redelijk gescoorde items gemiddeld afneemt en dat er een positieve tendens lijkt in de goed gescoorde items tussen de eerste en de tweede meting en dat dit zeker geldt voor het aantal uitstekend gescoorde items. Opvallend is dat dit laatste vooral toeneemt bij de Meerkanten en Mediant, instellingen die bij aanvang nog wat minder ver waren met het opstarten van het implementatieproces dan GGZ MB.

Dat de tendens enigszins positief is, is in elk geval bemoedigend en geeft mogelijk aan dat de vaardigheden toenemen. Dat heeft waarschijnlijk te maken met toegenomen ervaring maar mogelijk ook met de continue opleidingsactiviteiten in de instellingen tijdens het implementatieproces.

5.4 Conclusie

Hoewel het hier een beperkte steekproef naar trainersvaardigheden binnen een implementatieonderzoek betreft, mogen we voorzichtig concluderen dat aan een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle implementatie, namelijk het modelgetrouw uitvoeren van de trainingen door capabele trainers, is voldaan. Er was binnen het onderzoek geen trainer die onvoldoende presteerde om een groep te leiden en er was een lichte toename van overall vaardigheden te zien in de loop van het implementatietraject.

Het opgemerkte verschil in uitbouw van excellence tussen de twee relatieve nieuwkomers Mediant en Meerkanten, en de oudgediende GGZ MB heeft misschien te maken met de wet van de remmende voorsprong; binnen GGZ MB werd hierdoor minder aandacht gegeven aan het uitbouwen van het trainersbestand en het opfrissen van kennis en vaardigheden van de trainers. Mogelijk dat dit zich enigszins vertaalt in de scores.

6 Strategie voor structurele implementatie

6.1 Inleiding

In drie GGZ-instellingen is een systematische en modelgetrouwe implementatie van de modules 'Omgaan met antipsychotische medicatie' en 'Omgaan met psychotische symptomen' uitgevoerd. Doel was om een strategie te ontwikkelen voor een instellingsbrede implementatie van de eerste twee Liberman modules, waarbij de modules geïntegreerd worden in het reguliere zorgaanbod voor mensen met schizofrenie en aanverwante ernstige psychiatrische stoornissen. Bij de ontwikkeling van de strategie is gebruik gemaakt van de in de praktijk opgedane kennis over bevorderende en belemmerende factoren en strategieën om hiermee om te gaan.

6.2 Model voor effectieve implementatie

Er zijn veel termen in omloop voor het realiseren van vernieuwingen en verbeteringen in de praktijk, zoals innovatie, implementatie, disseminatie, diffusie, kwaliteitsverbetering en zorgvernieuwing. In dit rapport gebruiken we de term 'implementatie', wat omschreven kan worden als *'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg'* (Zorg Onderzoek Nederland, 1997). Een implementatiestrategie kan gedefinieerd worden als *'een geplande methode van aanpak om de implementatie te bevorderen'* (Hulscher, Wensing & Grol, 2000).

Effectieve implementatie van nieuwe werkwijzen vereist een goede voorbereiding en planning en een systematische aanpak. De volgende stappen zijn hierbij van belang (Grol & Wensing, 2001):

- Formuleren van een concreet, goed onderbouwd en haalbaar voorstel voor verandering in de praktijk;
- Analyse van de doelgroep en de setting: welke knelpunten zijn er in de feitelijke zorg, welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol in de verandering;
- Ontwikkeling en selectie van strategieën om veranderingen in te voeren: strategieën voor zowel een effectieve verspreiding als een effectieve implementatie en behoud van verandering;
- Ontwikkelen en uitvoeren van een implementatieplan met activiteiten, taken en tijdspad;
- Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan: continue monitoring aan de hand van indicatoren.

Een zorgvuldige analyse van de setting is van belang omdat iedere setting tot op zekere hoogte uniek is. Ook bestaan er binnen teams of afdelingen vaak verschillen tussen individuele hulpverleners. Zo onderscheidde Rogers innovators, early adopters, early majority, late majority en laggards. Grol en Wensing (2001) brachten deze indeling terug tot drie categorieën:

- Voorlopers

Deze hulpverleners hebben vaak een intrinsieke motivatie voor verandering, die erop gebaseerd is dat zij voldoende voordelen zien in de nieuwe werkwijze. Zij zijn gevoelig voor goede, wetenschappelijk verantwoorde informatie via tijdschriften en gekwalificeerde nascholing;

- Middengroep

Bij deze hulpverleners komt de motivatie vooral uit de sociale omgeving. Zij zijn gevoelig voor de mening van gerespecteerde collega's die de nieuwe werkwijze introduceren, en voor de so-

ciale druk die uitgaat van intercollegiale activiteiten (bijvoorbeeld teamoverleg, consensusbijeenkomsten, etc.);

- Achterblijvers

Bij deze hulpverleners bestaat veelal een extrinsieke motivatie, gebaseerd op dwang en financiële druk. Het gaat hier vaak om personen die solistisch werken en minder gevoelig zijn voor sociale druk. Zij zijn wel gevoelig voor extra stimulans in de vorm van praktische steun, financiële beloning of formele regelgeving door bestuur of management.

Ook bestaan er binnen de doelgroep vaak subgroepen, die in verschillende fasen van het veranderingsproces zitten. Grol en Wensing (2001) onderscheiden de volgende vijf fasen:

1. Oriëntatie: hulpverleners moeten allereerst op de hoogte zijn van de innovatie. Vervolgens moet hun interesse en betrokkenheid worden geprikkeld: zij moeten het gevoel krijgen dat het belangrijk is voor hun werk;
2. Inzicht: hulpverleners moeten precies weten wat de nieuwe werkwijze inhoudt en wat er van hen wordt verwacht. Ook moet men een goed inzicht hebben in de eigen werkwijze en op welke punten de nieuwe werkwijze hiervan afwijkt;
3. Acceptatie: hulpverleners moeten de voor- en nadelen van de nieuwe werkwijze afwegen en overtuigd raken dat de nieuwe werkwijze waardevol en nuttig is. De intentie om te veranderen ontstaat wanneer men zichzelf in staat acht om de verandering door te voeren en toe te passen in de eigen werksetting;
4. Verandering: hulpverleners moeten de mogelijkheid krijgen om ervaring op te doen met de nieuwe werkwijze. Op basis van de toepassing concluderen de hulpverleners of de nieuwe werkwijze voldoet en zonder veel problemen kan worden toegepast;
5. Behoud van verandering: de nieuwe werkwijze moet structureel ingepast worden in bestaande zorgplannen. Organisatorische, financiële en structurele voorwaarden voor blijvende toepassing moeten worden vervuld.

In elke fase van verandering kunnen andere belemmerende en bevorderende factoren optreden die vragen om verschillende strategieën en interventies. Zo zal bijvoorbeeld in de oriëntatiefase vooral het accent liggen op het informeren en enthousiasmeren van de teams, terwijl in de behoudfase vooral maatregelen genomen worden die te maken hebben met structurele financiering en integratie van de nieuwe werkwijze in behandelplannen. Aangezien verschillende subgroepen meestal in verschillende fasen van het veranderingsproces zitten, is vaak een combinatie van strategieën en interventies nodig.

Tabel 6.1 Interventies en strategieën in verschillende fasen van het veranderingsproces (Grol & Wensing, 2001)

<i>Stappen en mogelijke knelpunten</i>	<i>Mogelijke interventies en strategieën</i>
<i>1. Oriëntatie</i>	
- Niet op de hoogte	- Via allerlei kanalen beknopte boodschappen verspreiden, benaderen van sleutelpersonen en netwerken
- Geen interesse (geen behoefte, niet relevant vinden)	- Wervende brochure, persoonlijke benadering en uitleg, confrontatie met eigen handelen
<i>2. Inzicht</i>	
- Geen kennis of begrip	- Goede instructiematerialen, kernachtige boodschap, informatie gebaseerd op praktijkkennis, regelmatige herhaling
- Geen inzicht eigen handelen	- Zelftoetsing of onderlinge toetsing, feedback
<i>3. Acceptatie</i>	
- Negatieve houding	- Aanpassing innovatie aan wensen doelgroep, weerstanden bespreken, goede (wetenschappelijke) argumentatie, inschakelen sleutelpersonen, opinieleiders
- Niet bereid te veranderen	- Demonstratie uitvoerbaarheid door collega's, inventariseren knelpunten en oplossingen zoeken, haalbare doelen stellen
<i>4. Verandering</i>	
- Niet starten met invoering (geen tijd, middelen, vaardigheden)	- Extra middelen, ondersteuning, vaardigheidstraining, inzet consultants
- Onvoldoende succes (negatieve reacties)	- Informatiematerialen voor cliënten, haalbare doelen stellen
<i>5. Behoud van verandering</i>	
- Geen integratie in routines	- Monitoring, feedback en evaluatiesysteem, integratie in zorgplannen
- Geen verankering in organisatie	- Voldoende middelen, steun van managers, organisatorische maatregelen, beloning, vergoeding voor bepaalde taken

6.3 Voorbereidingsfase

Succesvolle implementatie van de Liberman modules vereist een goede voorbereiding en planning van alle stappen in het implementatieproces. De voorbereidingsfase van de implementatie wordt benut om een professionele projectstructuur in te richten, een helder plan van aanpak voor de implementatie op te stellen, en voldoende draagvlak te creëren bij alle betrokkenen.

6.3.1 Inrichten projectorganisatie

Vanuit de projectorganisatie worden de implementatieactiviteiten ontwikkeld, uitgevoerd en aangestuurd. De projectorganisatie rust op twee belangrijke pijlers, namelijk de projectleiding en de stuurgroep.

Projectleiding

De projectleider of coördinator voor de Liberman modules vervult een centrale rol in het communiceren van de doelstelling, het uitwerken van het plan van aanpak en het betrekken van

de doelgroep(en) bij de implementatie. De projectleider krijgt van de Raad van Bestuur een duidelijk omschreven opdracht, met daaraan gekoppelde en toereikende verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

De projectleider wordt gefaciliteerd in tijd en middelen om de opdracht uit te voeren. Om een instellingsbrede implementatie van de Liberman modules te kunnen realiseren, heeft een projectleider het eerste jaar gemiddeld twee dagen in de week nodig. Dit kan in het tweede jaar worden afgebouwd naar één dag per week. Desgewenst kan ook gekozen worden voor twee projectleiders, maar dan moeten van tevoren duidelijke afspraken gemaakt worden over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Verder is van belang dat de centrale rol van de projectleider voortgang vindt in de rol van coördinator of aandachtsfunctionaris, wanneer het implementatieproces is afgerond. Dit om de continuïteit van de trainingen te waarborgen en om lange-termijndoelen te kunnen realiseren (zie ook par. 6.5.3)

Aangezien de projectleider een centrale rol vervult in het implementatieproces, is het van belang om vooraf een goed beeld te hebben van zijn/haar taken en vereisten. Daarom moet vooraf een profiel van een projectleider worden opgesteld, met behulp waarvan de meest geschikte projectleider geworven kan worden.

Taken

- Ontwikkelen van het plan van aanpak;
- Verantwoordelijk voor het kostendekkend uitvoeren van het implementatietraject;
- Positioneren van de Liberman modules binnen de instelling en bijdragen aan het instellingsbeleid;
- Aansturen van de uitvoering en bewaken van de voortgang en de kwaliteit van het implementatieproces;
- Verantwoordelijk voor de selectie en het opleiden van trainers;
- Onderhoudt contacten met de teams/afdelingen en stimuleert de verspreiding van kennis over de Liberman modules door middel van presentaties, studiedagen en voorlichtingsmateriaal.

Vereisten

- Ervaring met de coördinatie van projecten en het aansturen van medewerkers;
- Visie en enthousiasme op het gebied van Liberman modules;
- Goede reputatie en uitgebreid netwerk binnen de organisatie;
- Projectmatig kunnen werken;
- Praktische en organisatorische kwaliteiten;
- Goede communicatieve vaardigheden;
- Overtuigingskracht, daadkrachtig, samenwerkings- en resultaatgericht.

Stuurgroep

De stuurgroep vervult een belangrijke rol in het ontwikkelen en bewaken van het plan van aanpak, het bevorderen van de samenwerking tussen teams/afdelingen en om zorgen over overstijgende problemen op te lossen. Tevens verzorgt de stuurgroep de terugkoppeling naar de Raad van Bestuur. In de stuurgroep dienen de volgende personen zitting te hebben:

- Psychiater(s) of andere eindverantwoordelijke behandelaar(-aren);
- Managers van betrokken zorgseenheden;
- Psychologen;
- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen;
- Liberman trainers;
- Anderen die betrokken zijn bij de dagelijkse behandeling en begeleiding van cliënten;

- (Vertegenwoordigers van) cliënten en familieleden;
- Evt. hoofd P&O, hoofd Opleidingscentrum.

Vereisten

- Leden van de stuurgroep moeten gedragen worden door hun beroepsgroep;
- Leden van de stuurgroep moeten goed geïnformeerd zijn over het doel en de werkwijze van de Liberman modules;
- Stuurgroep moet goed ingebed zijn in de organisatie (bijv. aangehaakt bij kwaliteitsplatform, behandelstaf);
- Stuurgroep moet mandaat hebben van RvB en management;
- Stuurgroep komt in de beginfase maandelijks bijeen, later kan de frequentie worden bijgesteld.

6.3.2 Opstellen plan van aanpak

In het plan van aanpak voor de implementatie van Liberman modules komen de volgende onderdelen aan de orde:

- Een heldere overall doelstelling van het project: wat beoogt men met de activiteit, wat wil men bereiken en wanneer is de implementatie geslaagd? Deze doelstelling vormt de leidraad voor alle betrokkenen bij de keuze van activiteiten. Ook dienen indicatoren en criteria voor het behalen van de doelen te worden geformuleerd, zodat bij de evaluatie (zie 6.5.1) kan worden vastgesteld in hoeverre deze doelen behaald zijn. Een doelstelling kan bijvoorbeeld zijn om binnen een x aantal jaren een bereik van x% te realiseren of om de modules aan alle nieuwe cliënten actief aan te bieden.
- Het team dat het project gaat uitvoeren moet over voldoende expertise en motivatie beschikken om het project te coördineren en stimuleren. Er moet expertise zijn op het gebied van leiderschap, coördinatie (van opleiding trainers en cliëntentrainingen), technische expertise (kennis en vaardigheden Liberman modules) en administratieve ondersteuning (organiseren van bijeenkomsten, plannen van activiteiten e.d.).
- Inzicht in de doelgroepen voor wie de implementatie consequenties heeft. Meestal is de groep betrokkenen bij de implementatie groter dan men aanvankelijk denkt. In het plan van aanpak kan een lijst worden opgesteld van personen/organisaties die belangrijk zijn en betrokken moeten worden bij het project, zoals RvB/management, behandelaren/verwijzers, cliënten, familieleden, personeelszaken, opleidingscentrum. Dit kan variëren in de verschillende fasen van het project: in de voorbereidingsfase zijn anderen belangrijk dan in de verankeringsfase.
- Een realistische tijdsplanning: wanneer moet wat gedaan worden? Hierbij moet rekening worden gehouden dat implementatietrajecten vaak langer duren dan verwacht: *'Progress is not linear, but three steps forward and two steps back'* (Wye in Grol & Wensing, 2001). Anderzijds is het voor de voortgang van het project raadzaam om de vaart erin te houden, strikte deadlines te hanteren en ervoor te zorgen dat de deadlines ook in de praktijk gehaald worden. Bij de planning van activiteiten zijn de volgende zaken van belang:
 - Het plan wordt opgedeeld in een aantal overzichtelijke en behapbare onderdelen die apart kunnen worden uitgevoerd;
 - Er wordt een logische volgorde in de activiteiten aangebracht: eerst activiteiten om mensen te informeren en draagvlak te creëren, vervolgens trainers opleiden, dan cliëntentrainingen organiseren;
 - In het plan worden evaluatiemomenten ingebouwd, om tijdig te kunnen inspelen op invoeringsproblemen en nieuwe prioriteiten.

- Afspraken over inzet personeel, materiële middelen en andere randvoorwaarden. Er moeten mensen vrijgesteld worden om opgeleid te worden en om de cliëntentrainingen voor te bereiden en uit te voeren. Ook moet gezorgd worden voor trainersboeken, cursistenboeken, flap-overs en stiften, video-recorder/DVD-speler, TV-toestel en een geschikte ruimte voor het trainingsaanbod. Daarom is het belangrijk om vooraf een schatting te maken van de tijdsinvestering en randvoorwaarden en hierover met de juiste personen in een vroeg stadium afspraken te maken.

6.3.3 Creëren draagvlak

In de voorbereidingsfase van de implementatie van de Liberman modules is het belangrijk om voldoende draagvlak te creëren bij de diverse betrokkenen: zoals RvB/management, behandelaren/verwijzers en vertegenwoordigers van cliënten en familieorganisaties.

- De RvB en het managementteam vervullen een belangrijke rol bij de implementatie. Vaak is de leiding van een GGZ-instelling aanvankelijk enthousiast over de invoering van de modules, maar blijken zij zich later nauwelijks met de feitelijke uitvoering bezig te houden. Voor een succesvolle implementatie is het van belang dat managers een heldere en consistente visie op de Liberman modules uitdragen en voldoende tijd en budget beschikbaar stellen om de plannen in de praktijk te realiseren.
- Psychiaters en andere behandelaren spelen in toenemende mate een rol in veranderingsprocessen. Sommige behandelaren zijn nog onbekend met of staan om diverse redenen sceptisch tegenover de Liberman modules: ze vinden het bewijs voor de modules te beperkt, geven prioriteit aan andere verbeter- of implementatietrajecten of vinden de modules ongeschikt voor 'hun' cliënten. Daarom is het van belang om in een vroeg stadium zoveel mogelijk zorgen en weerstanden bij de behandelaren weg te nemen en ze te laten ervaren dat de modules echt iets opleveren, zowel voor cliënten als voor hulpverleners.
- Verpleegkundigen/SPV'ers, ergotherapeuten en psychologen vervullen een centrale rol in de implementatie, omdat zij de cliëntentrainingen uitvoeren, cliënten informeren en naar de trainingen verwijzen en omdat zij de werkwijze van de modules in de begeleiding moeten integreren. Om deze hulpverleners over te halen aan het implementatietraject deel te nemen is het belangrijk te zorgen voor een positieve cultuur ten aanzien van de Liberman modules en voldoende vaardigheden om ermee aan de slag te gaan. Dit kan door zoveel mogelijk aan te sluiten bij problemen die voor 'hun' cliënten relevant zijn en de taal te gebruiken waar hulpverleners mee vertrouwd zijn.
- Vertegenwoordigers van cliënten en familieorganisaties zijn belangrijk, omdat cliënten de doelgroep van de implementatie zijn en het uiteindelijke doel is om hun vaardigheden in het omgaan met antipsychotische medicatie en psychotische symptomen te verbeteren. Vertegenwoordigers van deze organisaties kennen de specifieke behoeften en knelpunten van cliënten en kunnen binnen de instelling een actieve rol spelen in het informeren en het creëren van draagvlak bij cliënten en familieleden. Ook kunnen zij participeren in de stuurgroep van het project, om ervoor te zorgen dat in het implementatieproces voldoende rekening wordt gehouden met de wensen en belangen van cliënten.

6.4 Uitvoeringsfase

In de uitvoeringsfase ligt de nadruk op een drietal activiteiten: het informeren van verwijzers en cliënten, de selectie en het opleiden van gecertificeerde (train-de-)trainers, en het voorbereiden en uitvoeren van cliëntentrainingen.

6.4.1 Informeren van hulpverleners en cliënten

Informatievoorziening aan hulpverleners en cliënten start al in de voorbereidingsfase, maar moet tevens een voortdurend aandachtspunt zijn in de uitvoeringsfase. Om de informatievoorziening over de Liberman modules grondig en gestructureerd aan te pakken, kan het beste een communicatie- of PR plan ontwikkeld worden, waarin verschillende voorlichtingsstrategieën gecombineerd worden. Zowel uit onderzoek als uit de praktijk blijkt dat een combinatie van strategieën het meest succesvol is, mits zij goed op elkaar zijn afgestemd.

- Organiseren van een instellingsbrede kick-off of startbijeenkomst voor alle professionals die direct of indirect betrokken zijn bij het implementatietraject. Deze bijeenkomst heeft een informerend en enthousiasmerend karakter, waarbij het globale plan van aanpak wordt toegelicht en de projectleider wordt voorgesteld als centraal aanspreekpunt binnen de organisatie.
- Organiseren van informatiebijeenkomsten voor specifieke beroepsgroepen/zorgeenheden, cliënten of familieleden, waarbij de informatie zoveel mogelijk wordt toegespitst op de specifieke punten die voor deze groep van belang zijn. In de praktijk zijn goede ervaringen opgedaan met de volgende strategieën:
 - Inzetten van opinieliders of gezaghebbende hulpverleners, die ingaan op de wetenschappelijke onderbouwing van de modules en die het belang van de modules uitdragen;
 - Uitnodigen van cliënten, die zelf één of meer modules gevolgd hebben en hier positieve ervaringen mee hebben opgedaan, om te vertellen wat ze aan de trainingen gehad hebben. Is het moeilijk om cliënten te vinden die een voordracht willen houden, dan kan een video/DVD getoond worden waarin één of meer cliënten over hun ervaringen vertellen.
 - Laten zien wat de modules concreet inhouden, bijvoorbeeld door een video/DVD te tonen van een trainingsbijeenkomst, werkboeken te laten zien en door oefeningen van het cursusboek uit te voeren. Ook kan een trainer uit de instelling of van SLM gevraagd worden om de inhoud van de trainingsbijeenkomsten verder toe te lichten.
- Breed verspreiden van helder en overzichtelijk informatiemateriaal (folders, posters e.d.) voor cliënten, familieleden en verwijzers. Stichting Liberman Modules heeft informatiebrochures voor deze doelgroepen ontwikkeld. Verder kunnen artikelen over de Liberman modules in interne nieuwsbrieven en cliëntenbladen geplaatst worden en kan een webpagina op intranet voor hulpverleners en cliënten ontwikkeld worden.
- Enthousiaste trainers geven -als er een nieuwe module start- informatie op hun eigen locatie en in hun eigen team, zowel aan cliënten als aan hun collega-hulpverleners. Bij voorkeur wordt er een aparte voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd of anders wordt een presentatie gegeven tijdens de teamvergadering. Verder is het belangrijk om de modules in de teams (tijdens teamvergaderingen) kort te evalueren, waarin o.a. de ervaringen van cliënten en mogelijke verbeterpunten voor de trainingen aan de orde komen. Ook kunnen de trainers hun collega-hulpverleners feedback geven over hoe zij cliënten kunnen stimuleren om de geleerde vaardigheden in de praktijk toe te passen.

Mochten ondanks alle inspanningen nog te weinig cliënten naar de trainingen verwezen worden, dan loont het om een verwijzingsplan op te stellen. Mogelijke onderdelen van een verwijzingsplan zijn:

- Opname van de Liberman modules in behandelplanbesprekingen;
- Een structuur opzetten, waarbij de verwijzingen niet meer afhankelijk zijn van de behandelaren. Dit houdt in dat voorafgaand aan de training een lijst met potentiële deelnemers wordt opgesteld en dat de betrokken behandelaren hiervan op de hoogte worden gesteld;
- Gebruik maken van peer-education om cliënten te informeren;

- Een gespreksformat voor verwijzers ontwikkelen om de voorlichting aan cliënten te structureren;
- Verwijzers benaderen waarvan geen aanmeldingen komen, maar die waarschijnlijk wel potentiële deelnemers in hun caseload hebben;
- Via het medisch dossier geschikte cliënten opsporen;
- Voorlichting geven over de LM tijdens het verplichte onderwijs van arts-assistenten.

6.4.2 Selectie en opleiden van (train-de-)trainers

Een geslaagd implementatietraject staat of valt met geschikte en gemotiveerde trainers en train-de-trainers. Daarom is een zorgvuldige selectie van trainers essentieel. Er zijn verschillende manieren om geïnteresseerde hulpverleners te werven. De breedste manier is om een algemene oproep voor trainers via posters, email en intranet te verspreiden. Een wat gerichtere manier is om hulpverleners tijdens kick-off-, informatiebijeenkomsten of teamvergaderingen uit te nodigen om zich aan te melden voor een opleiding tot trainer. De meest specifieke manier is om geschikte kandidaten gericht te benaderen en te vragen of ze interesse hebben om trainer te worden. Dit kan bijvoorbeeld door teamleiders te vragen of sommige hulpverleners in hun functioneringsgesprek hebben aangegeven graag te willen trainen, of met hen te overleggen wie in hun ogen geschikte kandidaten zijn. Voordeel van de laatste manier is dat er al een grove selectie heeft plaatsgevonden, waardoor de kans op ongeschikte kandidaten wat kleiner is. Aan de andere kant is het ook een arbeidsintensieve manier, waardoor een combinatie van strategieën wellicht de beste optie is. Daarna volgt een gesprek met de aangemelde kandidaat om te kijken of hij of zij voldoende gemotiveerd is en aan de vereisten voldoet. Ook wordt de kandidaat geïnformeerd over wat er als trainer van hem of haar verwacht wordt en wat de tijdsinvestering is voor het werven, voorbereiden, uitvoeren en evalueren van de trainingen.

Taken

- Opleiding tot trainer volgen;
- Informeren en enthousiasmeren van cliënten en verwijzers voor de trainingen;
- Voorbereiden van de trainingen, met de co-trainer;
- Mede-verantwoordelijk voor de facilitering van de cliëntentrainingen;
- Uitvoeren van de cliëntentrainingen, samen met de co-trainer;
- Evaluatie en rapportage van de trainingen;
- Deelname aan intervisie-, supervisie- en overlegbijeenkomsten om de kwaliteit van trainingen op peil te houden.

Vereisten

- Enthousiast over de Liberman modules en dit ook kunnen overbrengen op anderen;
- Goede sociale en communicatieve vaardigheden;
- Liefst enige ervaring in het werken met groepen (cliënten);
- Gestructureerd, flexibel, overtuigingskracht, positief, samenwerkingsgericht;
- Praktische en organisatorische kwaliteiten.

Bij de selectie wordt er rekening mee gehouden dat de trainers zoveel mogelijk verspreid zijn over de verschillende locaties en teams/afdelingen. Hiermee voorkomt men dat de invoering beperkt blijft tot één locatie of afdeling.

De Stichting Liberman Modules hanteert als kwaliteitseis dat er in iedere GGZ-instelling minimaal twee gecertificeerde Liberman trainers aanwezig zijn om trainers te coachen en de kwali-

teit te borgen. Ook moet er éénmaal per jaar een beoordeling van deze trainers door een docent van de SLM plaatsvinden aan de hand van de Trainers Competentie Beoordelings Schaal (TCBS).

Het is voor de continuïteit van de opleidingen van groot belang dat er in de instelling een aantal trainers tot train-de-trainer wordt opgeleid. Het voordeel hiervan is dat men voor de opleiding van de trainers niet meer afhankelijk is van de SLM, maar dat ze door 'eigen' train-de-trainers kunnen worden opgeleid.

6.4.3 Voorbereiding en uitvoering van cliëntentrainingen

Inhoud en opzet van de trainingen

De training Omgaan met antipsychotische medicatie richt zich op cliënten die in aanmerking komen voor een behandeling met antipsychotische medicatie. De cliënt wordt een actieve en zelfstandige rol toebedeeld bij het omgaan met de medicatie. Het doel is medicatietrouw te bevorderen door de cliënt inzicht te geven in de noodzaak van gebruik van de medicatie. De module is opgebouwd uit de volgende vijf vaardigheidsdomeinen:

1. Informatie verzamelen over antipsychotische medicatie;
2. Correct gebruik van medicijnen en evaluatie van effecten;
3. Herkennen van bijwerkingen van medicatie;
4. Bespreken van problemen met medicatie;
5. Omgaan met lang werkende medicatie per injectie.

De training Omgaan met psychotische symptomen richt zich op cliënten die te maken hebben met psychotische symptomen. Het doel is om terugval te voorkomen door de cliënt te leren waarschuwingssignalen die een mogelijke verslechtering van hun symptomen aankondigen, te herkennen. De module bestaat uit de volgende vier vaardigheidsdomeinen:

1. Herkennen van waarschuwingssignalen;
2. Omgaan met waarschuwingssignalen;
3. Omgaan met blijvende symptomen;
4. Omgaan met alcohol en drugs.

Beide modules zijn op dezelfde gestructureerde manier opgebouwd. Ieder vaardigheidsdomein behandelt een deelvaardigheid aan de hand van zeven leerstappen. Deze stappen zijn: inleiding op het vaardigheidsdomein, DVD-demonstratie en vraag- en antwoordsessies, rollenspel, keuze van hulpmiddelen, probleemsituaties, praktijkoefening en huiswerkopdracht. In elke module wordt de techniek voor het oplossen van problemen geoefend en worden communicatievaardigheden besproken en getraind. De modules bestaan uit een handleiding voor de trainer, tien werkboeken voor de deelnemers en een instructie-DVD.

Uit het implementatieonderzoek blijkt dat opzet en inhoud van de modules in grote lijnen voldoet: cliënten, trainers en hulpverleners zijn tevreden over de structuur en inhoud van de trainingen. Wel zijn er bepaalde onderdelen van de cursussen die langer of korter kunnen (en met minder overlap) en blijkt het tempo van de bijeenkomsten –door niveaueverschillen binnen de groep- niet voor alle deelnemers even geschikt: sommigen vinden het tempo (te) hoog en anderen juist (te) laag. Om grote niveaueverschillen tussen deelnemers te voorkomen kunnen aparte groepen samengesteld worden op basis van het niveau van de deelnemers, maar dit is alleen mogelijk als er meerdere groepen tegelijkertijd starten en als men vooraf een goed beeld heeft van het niveau van de deelnemers.

Doelgroep van de trainingen

De Stichting Liberman modules geeft aan dat de trainingen bedoeld zijn voor cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen (zoals schizofrenie) en dat de trainingen in nagenoeg elke be-

handelsetting kunnen worden ingezet, zowel klinisch als ambuland. De modules zijn zowel toepasbaar bij chronische cliënten als bij cliënten die herstellen van een eerste psychotische episode. De methodiek houdt rekening met eventuele cognitieve beperkingen van cliënten.

Om zicht te krijgen op de omvang van de beoogde doelgroep voor de modules, kan het nuttig zijn de doelgroep nader te specificeren aan de hand van de diagnoses van cliënten. Tot de doelgroep behoren mensen met Schizofrenie, Schizo-affectieve stoornis, Schizofreniforme stoornis, Psychotische stoornis door een middel, Kortdurende psychotische stoornis en Psychotische stoornis NAO. Minder geschikt zijn de modules voor mensen met een Persoonlijkheidsstoornis.

Daarnaast worden in de praktijk soms enkele aanvullende eisen aan cliënten gesteld om te kunnen deelnemen aan de trainingen, zoals:

- Gemotiveerd zijn voor de training;
- Redelijk stabiel, c.q. niet in crisis zijn / psychotische symptomen voldoende onder controle hebben;
- In staat zijn de modules te volgen / voldoende concentratievermogen hebben;
- Enig ziektebesef hebben;
- Kunnen lezen / de Nederlandse taal beheersen;
- In een groep kunnen functioneren.

Vorbereiding en uitvoering van de training

De Stichting Liberman Modules heeft een aantal aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de voorbereiding en uitvoering van de trainingen:

- Trainers: 1 trainer en 1 co-trainer en bij voorkeur een hulpverlener die zowel de trainer als co-trainer kan vervangen;
- Bij voorkeur worden trainers en co-trainers op vaste dagdelen per week uitgeroosterd om de trainingen voor te bereiden en uit te voeren;
- Bij de module Omgaan met psychotische symptomen moet rekening worden gehouden met extra tijd buiten de sessies om die trainers besteden aan het voorlichten van helpers;
- Trainingsruimte moet plaats bieden aan tafels en stoelen voor maximaal 8 deelnemers en 2 trainers. Ook moet er een speelvlak zijn voor de rollenspelen;
- Benodigde materialen: schoolbord/flip-over; DVD-speler en TV-toestel; stiften, pennen en potloden, koffie en thee;
- Gewenste groepsgrootte is 4 tot 8 cliënten;
- Bij voorkeur 2 bijeenkomsten per week met een duur van 1,5 uur, onderbroken door een korte pauze.

De ervaring leert dat deze aanbevelingen niet altijd worden opgevolgd; met name het uitroosteren van de trainers voor de voorbereidingen en de uitvoering van de training levert in de praktijk vaak problemen op. Dit kan voorkomen worden door hierover in een vroeg stadium heldere afspraken te maken met de betreffende afdelingshoofden en teamleiders.

Verder kiest men in sommige instellingen ervoor om éénmaal per week een trainingsbijeenkomst te organiseren in plaats van twee bijeenkomsten per week. De mening van cliënten over de frequentie van de trainingen verschilt: sommige cliënten vinden een frequentie van twee maal per week weliswaar intensief, maar zien als voordeel dat de cursus niet langer dan vier maanden duurt. Andere cliënten geven aan dat zij twee maal per week (te) zwaar vinden en hebben een voorkeur voor eenmaal per week.

Uit het implementatieonderzoek blijkt dat cliënten, trainers en hulpverleners tevreden zijn over de grootte van de groep, omdat iedereen op deze manier aan bod komt. Ook vinden cliënten het goed dat de cursussen groepsgewijs worden aangeboden, omdat ze hierdoor hun

ervaringen kunnen delen met anderen. Tevens vinden zij herkenning bij elkaar en kunnen zij van elkaars ervaringen leren.

6.5 Verankeringsfase

Het doel van deze laatste fase is om de Liberman modules in te passen in de standaardzorg voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, zodat de continuïteit gewaarborgd blijft. Hiervoor is een evaluatie van het implementatieproces en de bereikte resultaten noodzakelijk. De uitkomsten van de evaluatie worden gebruikt om de Liberman modules op een effectieve manier te integreren in bestaande structuren en beleid. Ook kunnen op basis van de resultaten de organisatorische en financiële randvoorwaarden voor blijvende toepassing op de langere termijn worden vastgesteld.

6.5.1 Evaluatie van de resultaten

Een laatste stap in het implementatieproces is de evaluatie van het proces en de bereikte resultaten: zijn de beoogde doelen behaald? Om te weten of de doelen zijn bereikt, moeten de gestelde doelen voldoende meetbaar zijn. In het plan van aanpak zijn de doelen beschreven en de criteria voor het behalen van de doelen geformuleerd (zie 6.3.2). Er kunnen drie soorten doelen worden onderscheiden (Grol en Wensing, 2001):

- Korte termijn doelen: zijn de voorwaarden voor een succesvolle invoering van de Liberman modules gerealiseerd, zijn alle betrokkenen (cliënten, familieleden, hulpverleners, managers) op de hoogte van de Liberman modules en willen zij hieraan meewerken?
- Intermediaire doelen: worden de Liberman modules toegepast, vinden voldoende cliëntentrainingen plaats, zijn de Liberman modules ingevoerd in de normale routines?
- Lange termijn doelen: zijn de uiteindelijke doelen van de Liberman modules bereikt, dat wil zeggen: zijn de kennis en vaardigheden van cliënten in het omgaan met psychotische symptomen en medicatie toegenomen, krijgen cliënten minder vaak een terugval, is de medicatietrouw van cliënten toegenomen, zijn cliënten tevreden over de (resultaten van de) trainingen, zijn de modules kosteneffectief?

Om de aan- of afwezigheid van resultaten goed te kunnen interpreteren is het van belang om in een procesevaluatie na te gaan of het plan van aanpak is uitgevoerd zoals was beoogd en welke factoren van invloed waren op het falen of slagen van de invoering. Ook moeten eventuele neveneffecten en de kosten van de implementatie in kaart worden gebracht. Koppeling aan een intern informatiesysteem en een up-to-date registratiestrategiesysteem moeten inzicht bieden in de kosten/baten van de implementatie.

6.5.2 Integratie in beleid en zorgprogramma's

De resultaten van de evaluatie worden gebruikt om de implementatiestrategie te verbeteren en een raamwerk te ontwikkelen voor de structurele integratie van de Liberman modules binnen de GGZ-instelling. Structurele integratie van de Liberman modules houdt onder meer in dat:

- De modules onderdeel zijn van het beleid op het terrein van de langdurige zorg voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen. Zo hebben veel GGZ-instellingen een beleidsplan Langdurige Zorg, waar de modules in opgenomen moeten worden;
- De opleiding tot (gecertificeerd) Liberman trainer opgenomen is in het opleidingsplan van de instelling, waarbij duidelijkheid over beloning, status (CV) en coaching is;

- De modules opgenomen worden in het zorgprogramma Psychotische stoornissen;
- De modules een standaard onderdeel vormen van behandelplanbesprekingen van de GGZ-teams;
- De uitvoering zoveel mogelijk gekoppeld wordt aan bestaande, instellingsbrede kwaliteitssystemen, zoals Human Resource Management (strategisch personeelsbeleid) en HKZ (kwaliteitsmanagementsysteem).

6.5.3 Organisatorische en financiële randvoorwaarden

Een belangrijk aandachtspunt voor de structurele implementatie van de Liberman modules is waar de trainingen organisatorisch worden ondergebracht. Om te voorkomen dat het aanbod over verschillende locaties versnipperd en de implementatie onoverzichtelijk wordt, moet er één plek binnen de instelling zijn waar de trainingen bewaakt en gecoördineerd worden. Te denken valt aan inbedding bij het opleidings- of bij het rehabilitatiecentrum van de instelling.

Daarnaast moet er duidelijkheid zijn over de organisatorische en financiële randvoorwaarden voor de implementatie van de Liberman modules op de langere termijn. Dit houdt in dat:

- Een (inhoudelijke) coördinator of aandachtsfunctionaris is aangesteld voor de Liberman modules, die verantwoordelijk is voor het in stand houden van de bereikte implementatiegraad. De taken van deze aandachtsfunctionaris zullen minder omvangrijk zijn dan die van de projectleider, omdat de modules inmiddels een vaste plaats hebben gekregen binnen het beleid en het zorgaanbod. Naast de coördinatie van de trainingen en het bijhouden van een database (in- en uitstroomgegevens cliënten), houdt de aandachtsfunctionaris zich vooral bezig met kwaliteitsbewaking, personele en materiële randvoorwaarden en de PR binnen de instelling;
- Is er een trainerspool aanwezig, die –indien nodig- steeds wordt aangevuld met nieuwe trainers;
- Zijn er mogelijkheden voor intervisie, intercollegiale consultatie en de uitwisseling van ervaringen tussen de trainers;
- Zijn er afspraken binnen de instelling en met andere keteninstellingen over continuïteit, zodat cliënten ook na overplaatsing of ontslag de training kunnen afronden;
- De financiering voor de opleiding van trainers, de uitvoering van de trainingen en de aanschaf van materialen structureel opgenomen is in de meerjaren begroting van de instelling.

7 Samenvatting en conclusies

7.1 Samenvatting

Het implementatieonderzoek richtte zich op de volgende onderdelen:

- Bepaling van de implementatiegraad (Checklist Implementatie Liberman Modules);
- Meten modelgetrouwheid (Trainers Competentie Beoordelings Schaal);
- Beschrijven implementatieproces (interviews met managers, projectleiders, trainers en hulpverleners over belemmerende en bevorderende factoren, gehanteerde strategieën);
- Onderzoek cliëntenperspectief (groepsgewijze interviews met cliënten).

Het onderzoek bestond uit drie metingen: de nulmeting is in mei/juni 2005 uitgevoerd, de tweede meting (m.u.v. Mediant) in mei/juni 2006 en de derde meting (m.u.v. Meerkanten Lelystad) in mei/juni 2007. De resultaten van de metingen zijn gepresenteerd in tussenrapportages en teruggekoppeld naar de instellingen.

Implementatiegraad van de drie instellingen

Bij de start van het project blijkt GGZ Midden-Brabant reeds een lange traditie te kennen op het terrein van de Liberman Modules, terwijl bij Meerkanten nog relatief weinig ervaring met de modules is opgedaan. Voor alle drie de instellingen geldt dat de laatste twee jaar incidenteel de module 'Omgaan met psychotische symptomen' is aangeboden en de module 'Omgaan met antipsychotische medicatie' helemaal niet meer.

Na een jaar blijkt dat twee van de drie instellingen gestart zijn met de uitvoering van de implementatie: hulpverleners zijn getraind, cliënten en hulpverleners zijn voorgelicht en de cliëntentrainingen zijn gestart. Teleurstellend is het verloop van de implementatie bij Mediant, waar men nog in de voorbereidingsfase zit en er nog geen cliëntentrainingen zijn uitgevoerd.

Het streven om in de drie instellingen een bereik van 74% van de Liberman modules te realiseren is niet bereikt: bij GGZ MB was het totale bereik in december 2007 33%, bij Meerkanten 31% en bij Mediant 15%. Andere doelen zijn wel grotendeels gerealiseerd: er zijn (gecertificeerde) trainers opgeleid; hulpverleners, cliënten en familieleden zijn geïnformeerd over de modules; er is een structuur voor de trainingen ontwikkeld, en er zijn tal van maatregelen genomen om de Liberman modules structureel in de organisatie in te bedden.

Modelgetrouwheid van de trainingen

Conclusie van de TCBS-metingen in de drie instellingen is dat aan een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle implementatie, namelijk het modelgetrouw uitvoeren van de trainingen door capabele trainers, is voldaan. Er was binnen het onderzoek geen trainer die onvoldoende presteerde om een groep te leiden en er was een lichte toename van overall vaardigheden te zien in de loop van het implementatietraject.

Het opgemerkte verschil in uitbouw van excellence tussen de twee relatieve nieuwkomers Mediant en Meerkanten, en de oudgediende GGZ MB heeft misschien te maken met de wet van de remmende voorsprong: binnen GGZ MB werd hierdoor minder aandacht gegeven aan het uitbouwen van het trainersbestand en het opfrissen van kennis en vaardigheden van de trainers.

Beschrijving implementatieproces

Uit de procesevaluatie zijn enkele belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie naar voren gekomen. Belangrijke bevorderende factoren zijn een goede projectleiding (enthousiaste projectleider met voldoende tijd en beslissingsbevoegdheid), goed projectmana-

gement (helder projectplan, gunstige randvoorwaarden), enthousiaste en leergierige (train-de-)trainers, en voldoende draagvlak bij management en verwijzers. De belangrijkste belemmerende factoren zijn: onvoldoende betrokkenheid en beslissingsbevoegdheid bij de projectleider, instellingsbrede ontwikkelingen als reorganisaties en bezuinigingen, moeizame verwijzingen, verloop en uitval van (train-de-)trainers, en organisatorische en logistieke belemmeringen (o.a. in vrijstelling medewerkers, afstemming tussen afdelingen/locaties). Om deze knelpunten op te lossen hebben instellingen onder andere een nieuwe projectleider aangesteld, informatiebijeenkomsten georganiseerd, hulpverleners voorgelicht, een verwijzingsplan opgesteld, peer-education voor cliënten georganiseerd en aandachtsfunctionarissen voor de LM ingezet.

Uit de interviews blijkt dat trainers en hulpverleners vooral positieve ervaringen hebben met de Liberman trainingen: zij vinden de opzet en de structuur van de training goed en zijn van mening dat de inhoud goed aansluit bij problemen van cliënten. Wel vinden sommige hulpverleners het tempo wat te laag. Als positieve effecten ziet men dat cliënten gemakkelijker over hun klachten praten, dan dat zij meer ziekte-inzicht gekregen hebben en een stap verder zijn gekomen in het acceptatieproces van hun ziekte.

Cliëntenperspectief

Cliënten zijn positief over de trainingen, met name over de inhoud van de training, de sfeer in de groep en over de trainers. Over het tempo van de trainingen zijn de meningen verdeeld: sommigen vinden het tempo (te) hoog, anderen vinden juist dat het sneller kan. Cliënten die gestopt zijn met de training gaven als redenen dat ze opgenomen moesten worden, dat ze een terugval kregen of dat ze er nog niet aan toe waren om de training te volgen.

Cliënten die aan de training hebben deelgenomen, vertellen dat ze door de training(en) meer te weten zijn gekomen over hun ziekte, symptomen en medicatie. Zij kunnen na de training beter onderscheid maken tussen signalen, blijvende symptomen en bijwerkingen en zijn in staat om de voor- en nadelen van bepaalde oplossingen beter af te wegen (bijvoorbeeld over het wel of niet gebruiken van medicatie). Daarnaast weten ze beter bij wie ze voor welke vragen terecht kunnen, kunnen ze beter communiceren met hun behandelaar en weten zij beter om te gaan met probleemsituaties. Wel geven sommige cliënten aan dat de praktijk soms weerbarstiger is dan de training (bijvoorbeeld als een psychiater niet met de cliënt wil overleggen over de medicatie).

7.2 Conclusies

Zijn de doelen behaald?

Bij de start van het project is een aantal doelen voor de implementatie in de drie GGZ-instellingen geformuleerd:

1. De modules moeten beschikbaar zijn voor de doelgroep mensen met schizofrenie en aanverwante ernstige psychiatrische stoornissen;
2. 74% van de doelgroep moet één van de modules hebben gevolgd, in de periode voor of gedurende het implementatieproces (aangezien 26% van de cliënten met een psychotische stoornis niet aan behandelprogramma's wil deelnemen (Nosé et al, 2003));
3. Cliënten, familieleden en hulpverleners (verwijzers) moeten schriftelijk en mondeling geïnformeerd worden over de modules, zodat zij weten wat de modules inhouden;
4. De modules moeten een onderdeel vormen van bestaande zorg- en behandelplannen in de instellingen;
5. De trainers moeten gecertificeerd zijn of begeleid worden door een gecertificeerd trainer. De trainers moeten ten minste als voldoende worden beoordeeld op de Trainers Competentie Beoordelings Schaal.

6. Iedere instelling moet ten minste twee gecertificeerde trainers hebben opgeleid om continuïteit en kwaliteit te kunnen garanderen.

Hieronder beschrijven we puntsgewijs in hoeverre deze doelen in de drie instellingen behaald zijn.

- Ad 1. In de drie instellingen zijn beide modules beschikbaar gesteld voor de doelgroep mensen met schizofrenie en aanverwante ernstige psychiatrische stoornissen;
- Ad 2. Het streven om in de drie instellingen een bereik van 74% van de Liberman modules te realiseren is niet bereikt: bij GGZ MB was het totale bereik in december 2007 33%, bij Meerkanten 31% en bij Mediant 15%.
- Ad 3. De drie instellingen hebben de informatievoorziening over de Liberman Modules gericht op de twee belangrijkste doelgroepen, namelijk hulpverleners en cliënten. Hulpverleners zijn middels informatiebijeenkomsten en klinische lessen (Mediant) op de hoogte gesteld van de Liberman modules. Daarnaast hebben hulpverleners folders en informatie per email ontvangen en worden zij mondeling geïnformeerd door de projectleider en trainers. Cliënten worden mondeling door hun behandelaar geïnformeerd en krijgen cliëntfolders mee. Bij GGZ MB is ook een informatiebijeenkomst voor cliënten georganiseerd. Er zijn geen speciale bijeenkomsten voor familieleden georganiseerd.
- Ad 4. In alle drie de instellingen zijn de Liberman Modules ondergebracht in bestaande zorg en behandelplannen:
- Bij GGZ MB zijn de modules bij de Behandelteams Noord en Zuid opgenomen in het zorgprogramma psychotische stoornissen. Ook zijn de modules opgenomen in het meerjarenplan van het programma psychotische stoornissen, waardoor de continuïteit en kwaliteit van het aanbod gewaarborgd blijven;
 - Bij Mediant vormen de modules een onderdeel van het zorgprogramma Langerdurende Zorg en is het aanbod vastgelegd in het werkplan van het Circuit Volwassenen Langerdurende Zorg Oost-Twente (VLOT). Ook zijn de modules een vast onderdeel geworden van het maandelijkse beleids- en werkoverleg;
 - Bij Meerkanten zijn de modules opgenomen in het beleidsplan en vormen ze op een aantal afdelingen een onderdeel van behandelplanbesprekingen. Er is een begroting voor de modules voor de komende jaren opgesteld, waarin ook de module Verslaving is opgenomen.
- Ad 5. Binnen de drie instellingen zijn gedurende het implementatieproject nieuwe trainers door Stichting Liberman Modules opgeleid: bij Meerkanten zijn 13 trainers opgeleid, bij GGZ MB 9 trainers en bij Mediant 4 trainers. De trainers zijn allemaal als voldoende beoordeeld op de Trainers Competentie Beoordelings Schaal.
- Ad 6. Bij Meerkanten en GGZ MB waren gedurende het hele project gecertificeerde train-de-trainers aanwezig. Bij beide instellingen was bij de start van het project al één train-de-trainer aanwezig en zijn gedurende het project nog twee personen opgeleid tot train-de-trainer. Bij Mediant waren bij de start van het project geen train-de-trainers aanwezig en worden –ten tijde van de rapportage- drie personen opgeleid tot train-de-trainer.

We kunnen concluderen dat –met uitzondering van de tweede doelstelling- de meeste doelen zijn gerealiseerd: er zijn in de instellingen gecertificeerde trainers en train-de-trainers opgeleid; hulpverleners en cliënten zijn geïnformeerd over de modules, cliënten en andere betrokkenen zijn positief over de (effecten) van de trainingen, er is een structuur voor de trainingen ontwikkeld, en er zijn tal van maatregelen genomen om de Liberman modules structureel in de organisatie in te bedden. Verder heeft het implementatieproject veel informatie opgeleverd

over belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie en over welke strategieën van belang zijn voor een instellingsbrede en structurele implementatie van de modules.

Het beoogde bereik

In geen van de drie instellingen blijkt het beoogde bereik van 74% te zijn gerealiseerd. Wat zijn mogelijke redenen hiervoor?

Een mogelijke reden is dat het vooraf vastgestelde bereikpercentage onvoldoende van toepassing is op rehabilitatieprogramma's zoals de Liberman trainingen. Het beoogde bereikpercentage is gebaseerd op een studie van Nosé e.a. (2003), een systematische review van 103 studies waarin de 'non-adherence' van mensen met psychotische stoornissen aan behandelprogramma's (inclusief medicatie) is onderzocht. Onder non-adherence wordt verstaan 'het niet-starten of voortijdig beëindigen van een behandelprogramma en het niet opvolgen van behandelinstructies, inclusief voorgeschreven medicatie'. Uit de review bleek dat gemiddeld 26% van de mensen met psychotische stoornissen niet aan behandelprogramma's wil deelnemen of voortijdig stopt. Hoewel er in de review ook enkele studies van rehabilitatieprogramma's zijn opgenomen, hebben de meeste studies betrekking op therapie- en medicatieprogramma's. Aangezien in de review geen onderscheid wordt gemaakt naar het type behandelprogramma (alleen tussen medicatietrouw en het verschijnen op afspraken), is het mogelijk dat het bereikpercentage voor rehabilitatieprogramma's afwijkt van andere behandelprogramma's. Zo komt uit kleinschalige studies naar rehabilitatieprogramma's naar voren dat meer dan 50% van de mensen met ernstige psychiatrische stoornissen niet wil deelnemen of voortijdig uitvalt (Sultan & Johnson, 1985; Sveltini e.a., 1998). Er is dus meer wetenschappelijk onderzoek naar het bereik van rehabilitatieprogramma's nodig om tot een beter gefundeerd bereikpercentage te komen.

Verder blijkt de praktijk op een aantal punten gecompliceerder te zijn dan vooraf gedacht:

- Twee jaar tijd is te kort om te komen tot een instellingsbrede implementatie. De laatste jaren is sprake van een behoorlijke schaalvergroting van de GGZ-instellingen, waardoor het organisatorisch en logistiek veel lastiger is geworden om op alle locaties en units tegelijkertijd een 'nieuwe' werkwijze goed van de grond te krijgen. Het was voor de instellingen niet haalbaar en ook niet wenselijk om dusdanig veel groepstrainingen te doen dat zo veel cliënten binnen een relatief korte tijd konden worden getraind. Daarmee wordt niet getornd aan een uiteindelijk streven om een meerderheid van de doelgroep te bereiken met de Liberman modules. De instellingen zijn nu veel beter gericht op het aanbieden van de trainingen en op het identificeren en bereiken van cliënten voor deelname.
- De doelgroepformulering was achteraf gezien niet scherp genoeg: we hebben er weliswaar rekening mee gehouden dat sommige cliënten niet aan programma's *willen* deelnemen, maar ons onvoldoende gerealiseerd dat een ander deel van de doelgroep niet aan de trainingen *kan* deelnemen, bijvoorbeeld omdat ze hun psychotische symptomen onvoldoende onder controle hebben, omdat ze de Nederlandse taal onvoldoende beheersen (vooral allochtonen), of omdat ze niet in een groep kunnen functioneren.
- De praktijk blijft weerbarstig. Toen bij Mediant halverwege het traject werd signaleerd dat de implementatie ernstig werd belemmerd door een ongeschikte projectleider, duurde het even voordat de nieuw aangestelde projectleider was ingewerkt en het plan van aanpak van de grond kon tillen. Hoewel er met de komst van een nieuwe projectleider dus sprake is van een duidelijke verbetering, hebben we hier –in het kader van dit project- nauwelijks meer de vruchten van kunnen plukken. De twee andere instellingen geven daarom een reëler beeld van de opbrengsten van de implementatiestrategie. Een bereikpercentage van 30 tot 35% in twee jaar tijd lijkt meer reëel te zijn.

Verloop van het implementatieproces

Al met al kan het verloop van het implementatieproces het beste worden gekarakteriseerd als *'three steps forward and two steps back'*. Kijken we naar de (inter)nationale literatuur over implementatieprocessen in de (geestelijke) gezondheidszorg in het algemeen en –meer specifiek- voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek, dan zien we dat dit geen uitzondering is.

Uit tal van onderzoeken blijkt dat de implementatie van (evidence based) interventies doorgaans niet vanzelf verloopt (Torrey e.a., 2001; Corrigan e.a., 2001; Grol & Grimshaw, 2003). Er is sprake van een samenspel van een groot aantal factoren die succesvolle implementatie kunnen belemmeren of bevorderen. Tot nu toe blijkt uit onderzoek dat geen van de benaderingen in het algemeen succesvoller is dan andere: een combinatie van verschillende benaderingen levert waarschijnlijk de beste resultaten op (Grol & Grimshaw, 2003). Wel zijn enkele factoren bekend die een belangrijke rol spelen bij de implementatie:

- Ontwikkeling van een helder en gebruiksvriendelijk implementatiepakket (toolkit) (Lieberman e.a., 1982; Corrigan e.a., 2001, Torrey e.a., 2001);
- Educatie en (na)scholing van professionals / hulpverleners in de benodigde kennis en vaardigheden (Corrigan e.a., 2001; Grol & Grimshaw, 2003), consultatie van externe deskundigen (Lieberman e.a., 1989);
- Gemotiveerde en deskundige staf en effectief leiderschap (Corrigan e.a., 2001; Wieder & Kruszynski, 2007);
- De aanwezigheid van rolmodellen ('champions') en opinieleiders (gezaghebbende hulpverleners) (Lieberman e.a., 1989; Torrey e.a., 2001).

De eerste drie punten komen ook in het onderhavige onderzoek aan de orde. Het materiaal van de modules (bestaande uit een handleiding voor de trainer, werkboeken voor de deelnemers en een instructievideo) wordt door de trainers en cliënten in het algemeen als helder en gebruiksvriendelijk beoordeeld. Verder blijkt uit de afname van de Trainers Competentie Beoordelings Schaal (TCBS) dat de hulpverleners/trainers voldoende kennis en vaardigheden bezitten om de cliëntentrainingen uit te voeren. Deze factoren hebben de implementatie van de modules in de drie instellingen dan ook bevorderd. Ook is uit het onderzoek het belang van een gemotiveerde staf en effectief leiderschap naar voren gekomen. Gemotiveerde trainers en train-de-trainers hebben in alle drie de instellingen een positieve rol gespeeld bij de implementatie. Ook de cruciale rol van de projectleider is in dit onderzoek bevestigd, al is dit vooral in negatieve zin: in één instelling (Mediant) is de implementatie sterk gestagneerd als gevolg van een passieve en weinig invloedrijke projectleider. In de drie GGZ-instellingen is weinig of geen gebruik gemaakt van rolmodellen en opinieleiders. Wellicht had dit de implementatie in de drie instellingen nog kunnen bevorderen.

7.3 Aanbevelingen

Hoewel de meeste aanbevelingen in de implementatiestrategie (hoofdstuk 6) zijn verwerkt, zijn er ook nog enkele instellingsoverstijgende punten uit het onderzoek naar voren gekomen.

- Uit het onderzoek is gebleken dat de drie instellingen een andere uitgangssituatie hadden, die het verloop van het implementatieproces heeft beïnvloed. Het verdient aanbeveling dat de Stichting Liberman Modules een checklist of assessmentlijst voor instellingen ontwikkelt, aan de hand waarvan de instellingen zelf een inschatting kunnen maken van hun uitgangssituatie. Zo zullen bijvoorbeeld instellingen met een uitgebreid kwaliteitssysteem en een revalidatiegericht zorgprogramma psychotische stoornissen een gunstigere uitgangssituatie hebben dan instellingen die dit niet hebben.
- Uit het implementatieonderzoek is gebleken dat de projectleiders het prettig vinden om ervaringen uit te wisselen met andere projectleiders, zodat zij nieuwe ideeën kunnen opdoen

voor hun eigen instelling. Daarom zou het goed zijn als er een landelijke ondersteuningsstructuur voor projectleiders opgezet wordt, bijvoorbeeld in de vorm van een platform.

- Verder verdient het aanbeveling dat er in de toekomst meer aandacht uitgaat naar de financiering van de Liberman modules, zodat instellingen vooraf een kosten/baten analyse kunnen maken van de modules.
- Tot slot worden de onderzoeksresultaten verwerkt in een gebruikershandleiding voor de implementatie van de Liberman modules. Deze handleiding biedt GGZ-instellingen handvatten om de modules structureel en instellingsbreed in hun instelling in te voeren. Ook is de Checklist Implementatie Liberman Modules naar aanleiding van dit onderzoek op enkele punten aangepast en uitgebreid. De herziene versie van de checklist wordt opgenomen in de gebruikershandleiding.

Bijlage 1

© Stichting Liberman Modules

CHECKLIST IMPLEMENTATIE LIBERMAN MODULES

De checklist dient drie doelen:

1. Met behulp van de kwantitatieve vragen kunt u de huidige implementatiegraad van de modules in uw instelling/afdeling nagaan.
2. Met behulp van de kwalitatieve vragen kunt u de implementatie van de modules in uw instelling/afdeling voorbereiden.
3. U kunt de kwalitatieve vragen gebruiken als 'diagnostisch instrument' om te onderzoeken waarom er problemen zijn opgetreden bij de implementatie.

Kwantitatieve vragen:

1a. Hoeveel groepen werken op dit moment in de instelling met Liberman-modules?

.....

1b. Hoeveel cliënten zijn er tot nu toe ingestroomd?

.....

1c. Hoeveel cliënten zijn er tot nu toe uitgestroomd? (na afloop)

.....

2. Hoeveel cliënten nemen deel in elke groep?

.....

3. Hoeveel getrainde hulpverleners zijn er in de instelling?

.....

4. Hoeveel gecertificeerde trainers zijn er in de instelling?

.....

5. Aan welke doelgroep(en) wordt/worden welke module(s) aangeboden?

Module	Psychotische stoornissen	Affectieve stoornissen	Persoonlijkheidsstoornissen	Ouderen	Jeugd	Forensisch	Dubbele-diagnose
'Omgaan met anti-psychotische medicatie'							
'Omgaan met psychotische symptomen'							
'Omgaan met vrije tijd'							
'Omgaan met verslaving'							
'Omgaan met werk'							
'Omgaan met relaties en seksualiteit'							

Kwalitatieve vragen

1.	Deelnemers	
	Zijn de deelnemers cliënten met een (ernstige) psychiatrische of psychische aandoening die vaardigheden moeten aanleren op een van de gebieden die de modules bestrijken?	Ja/Nee
	Zijn potentiële deelnemers geïnformeerd over doel en werkwijze van de modules (rekrutering)?	Ja/Nee
	Zijn de deelnemers voldoende geïnformeerd over doel en werkwijze van de modules (motivering)?	Ja/Nee
	Zijn de symptomen voldoende onder controle?	Ja/Nee
	Is met de deelnemers besproken hoe ze eventuele obstakels voor het volgen van de training kunnen oplossen (uitvalpreventie)?	Ja/Nee
	Zijn de deelnemers in staat om in een kleine groep deel te nemen aan een trainingssessie?	Ja/Nee

2.	Trainers	
	Zijn de trainers vaardig in het hanteren van gedragstherapeutische technieken (modeling, herhalen van gedrag, instructie geven, prompts, bekrachtigen etc.)	Ja/Nee
	Beschikken de trainers over goede interpersoonlijke vaardigheden?	Ja/Nee
	Beschikken de trainers over een directieve attitude?	Ja/Nee

	Zijn de trainers vaardig in het leiden van groepen?	Ja/Nee
	Zijn de trainers in staat om gedetailleerde procedures te volgen en deze aan te passen als de situatie daarom vraagt?	Ja/Nee
	Zijn de trainers gemotiveerd en daadwerkelijk overtuigd van de Liberman methodiek?	Ja/Nee

3.	Co-trainer	
	Kan deze de groepsleider/trainer vervangen (diens functie uitoefenen) om daarmee de continuïteit van de trainingen te waarborgen?	Ja/Nee
	Zijn de co-trainers in staat om als tegenspeler te fungeren in rollenspel oefeningen, de video te bedienen en gegevens bij te houden (aan en afwezigheid, evaluatieformulieren)?	Ja/Nee

4.	Vorbereiding en deskundigheidsbevordering	
	Is er voldoende tijd beschikbaar om de handleiding voor de trainer grondig te lezen, de video te bekijken en het werkboek voor de deelnemer door te nemen (4 tot 6 uur)?	Ja/Nee
	Is er tijd en gelegenheid voor de staf om sessies te oefenen met stafleden die de rol van patiënt spelen (6 tot 10 uur)?	Ja/Nee
	Worden de trainers in de gelegenheid gesteld hun kennis en vaardigheden op peil te houden door middel van regelmatige intervisie, het bijwonen van praktijkoefeningen etc.	Ja/Nee

5.	Management	
	Kunnen twee of meer trainers op lange termijn groepsactiviteiten uitvoeren ten behoeve van vaardigheidstrainingen?	Ja/Nee
	Zijn het management en behandelstaf goed op de hoogte van doel en werkwijze van de module(s)?	Ja/Nee
	Ondersteunen het management en de behandelstaf het gebruik van de Liberman modules (commitment)?	Ja/Nee
	Zijn de verwijzers adequaat geïnformeerd over doel en werkwijze van de modules en de mogelijkheden om hun cliënten aan te melden?	Ja/Nee
	Moedigt het management de trainers voldoende (materieel of immaterieel) aan de trainingen uit te voeren en de kwaliteit op peil te houden?	Ja/Nee
	Is er tijd beschikbaar in het programma om de module(s) in een groep te draaien (minimaal 3 uur per week voor 3 tot 4 maanden)?	Ja/Nee

6.	Hulpmiddelen	
	Is er een videorecorder, videocamera (facultatief) en een tv-scherm?	Ja/Nee
	Is er een schoolbord of flip-over?	Ja/Nee
	Is er een ruimte waar men ongestoord kan werken en die groot genoeg is om 4 tot 8 patiënten, twee trainers en de apparatuur te herbergen?	Ja/Nee
	Zijn er posters en sleutelkaarten en eventueel een overheadprojector of beamer?	Ja/Nee
	Zijn er voldoende werkboeken, pennen, schrijfstiften etc?	Ja/Nee

	Zijn er eventuele materiële bekrachtigers zoals koffie, koekjes, maaltijdbonnen beschikbaar?	Ja/Nee
	Zijn er eventuele logistieke obstakels (afstand, ontbreken van vervoer enz.)?	Ja/Nee

7.	Inbedding	
	Is de behandelduur/continuïteit geschikt voor het uitvoeren van de modules? Zo nee, welke voorzieningen zijn getroffen om die geschikt te maken?	Ja/Nee
	Zijn patiënten lang genoeg in zorg om een module af te maken?	Ja/Nee
	Kan het deelnemen aan de module(s) worden voortgezet bij het overgaan naar een andere behandel-/begeleidingssetting of intensiteit?	Ja/Nee
	Zijn er oplossingen gevonden voor eventueel voorkomende registratie-/productieproblemen?	Ja/Nee
	Is het mogelijk om met enigszins gesloten groepen te werken?	Ja/Nee
	Is er continuïteit voor benadering na afsluiting van de module(s) en zo ja, in welke vorm?	Ja/Nee
	Zijn er mogelijkheden voor boostersessies?	Ja/Nee
	Zijn familieleden en andere personen uit het sociale netwerk geïnformeerd en betrokken bij het in praktijk brengen van de vaardigheden (mogelijkheid van voortgezette bekrachtiging)?	Ja/Nee
	Is er sprake van zorgcoördinatie/casemanagement die de rehabilitatie en vaardigheidstraining na het volgen van de modules kunnen voortzetten?	Ja/Nee
	Zijn de modules ingebed in een zorgprogramma?	Ja/Nee

Bijlage 2

© Scienza Kennistransfer GGZ

VRAGENLIJST VERWIJZERS

Deze vragenlijst gaat over de Liberman modules die worden aangeboden in uw instelling. Het gaat om de volgende modules:

- Omgaan met antipsychotische medicatie;
- Omgaan met psychotische symptomen.

De vragenlijst bevat de volgende onderdelen:

- Uw kennis van de beschikbaarheid van de twee modules;
- Uw kennis van de inhoud en doelgroep van de modules;
- Uw verwijzingen tot op heden;
- Uw overwegingen bij het besluiten tot wel of niet verwijzen;
- Uw waarneming van de kenmerken van de modules.

Om de implementatie van de Liberman modules -en met name de verwijzingen- te verbeteren willen we graag van u weten of u bekend bent met de modules, wat u van de modules vindt en wat uw overwegingen zijn om cliënten niet te verwijzen. Om een goed beeld te krijgen is het belangrijk dat **iedereen** de vragenlijst invult.

De gegevens worden anoniem verwerkt en teruggekoppeld. Wel willen we graag uw functie weten en tot welk team u behoort.

Functie:

Team:

1. UW KENNIS VAN DE BESCHIKBAARHEID VAN DE MODULEN

Bent u ervan op de hoogte dat de volgende Liberman modules worden aangeboden in uw instelling? (omcirkel het juiste antwoord)

- | | | |
|-----|---|-------------------------|
| 1.1 | De module omgaan met antipsychotische medicatie | wel / niet op de hoogte |
| 1.2 | De module omgaan met psychotische symptomen | wel / niet op de hoogte |

2. UW KENNIS VAN DE INHOUD EN DOELGROEP VAN DE MODULEN

In hoeverre bent u bekend met de volgende kenmerken van de module Omgaan met antipsychotische medicatie: (omcirkel het juiste antwoord)

- | | | |
|-----|------------------------|--------------------------|
| 2.1 | De visie van de module | niet – enigermate – veel |
|-----|------------------------|--------------------------|

- 2.2 De doelen van de module niet – enigermate – veel
- 2.3 De inhoud van de werkboeken niet – enigermate – veel
- 2.4 De doelgroep van de module (cliënten, (contra)indicaties) niet – enigermate – veel

In hoeverre bent u bekend met de volgende kenmerken van de module Omgaan met psychotische symptomen: (omcirkel het juiste antwoord)

- 2.5 De visie van de module niet – enigermate – veel
- 2.6 De inhoud van de module niet – enigermate – veel
- 2.7 De inhoud van de werkboeken niet – enigermate – veel
- 2.8 De doelgroep van de module (cliënten, (contra)indicaties) niet – enigermate – veel

Toelichting:

.....

.....

3. UW VERWIJZINGEN NAAR DE MODULEN

Hoe vaak heeft u de afgelopen 12 maanden verwezen naar de Liberman module?

- 3.1 Aantal verwijzingen naar de module Omgaan met antipsychotische medicatie _____ verwijzingen
- 3.2 Aantal verwijzingen naar de module Omgaan met psychotische symptomen _____ verwijzingen

Hoe vaak heeft u de afgelopen 12 maanden overwogen te verwijzen naar de Liberman module maar dit uiteindelijk niet gedaan?

- 3.3 Aantal malen overwogen te verwijzen naar de module Omgaan met antipsychotische medicatie _____ maal
- 3.4 Aantal malen overwogen te verwijzen naar de module Omgaan met psychotische symptomen _____ maal

Hoe vaak heeft u de afgelopen 12 maanden de Liberman module besproken met cliënten?

- 3.5 Aantal malen de module Omgaan met antipsychotische medicatie besproken _____ maal
- 3.6 Aantal malen de module Omgaan met psychotische symptomen besproken _____ maal

3.7 Hoe heeft u de modulen met cliënten besproken? Maakt u gebruik van een bepaalde gesprekstechniek (bijv. motiverende gespreksvoering)?

.....
.....

3.8 Wat is er volgens u nodig om cliënten beter te kunnen verwijzen naar de modulen?

.....
.....

4. UW OVERWEGINGEN OM CLIENTEN NIET TE VERWIJZEN NAAR DE MODULEN

In hoeverre spelen de volgende overwegingen een rol om cliënten niet te verwijzen naar de modulen? (omcirkel het juiste antwoord)

4.1 Cliënten zijn niet stabiel genoeg

niet - soms - meestal - altijd

4.2 Cliënten zijn onvoldoende gemotiveerd om de modulen te volgen

niet - soms - meestal - altijd

4.3 Er zijn alternatieve vormen van hulp beschikbaar

niet - soms - meestal - altijd

4.4 Er is onvoldoende noodzaak voor cliënten om de modulen te volgen

niet - soms - meestal - altijd

4.5 De modules zijn te moeilijk voor cliënten

niet - soms - meestal - altijd

4.6 Andere cliënten hebben minder goede ervaringen met de modulen

niet - soms - meestal - altijd

4.7 Ik ben onvoldoende bekend met de modulen

niet - soms - meestal - altijd

4.8 Zijn er nog andere overwegingen om cliënten niet te verwijzen?

.....
.....

5. UW WAARNEMING VAN DE KENMERKEN VAN DE LIBERMAN MODULEN

Wilt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen?

5.1 De modulen zijn geschikt voor mijn cliënten

- Sterk mee oneens
- Mee oneens
- Noch mee oneens/ noch mee eens
- Mee eens
- Sterk mee eens

5.2 De modulen zijn nuttig voor mijn cliënten

- Sterk mee oneens
- Mee oneens
- Noch mee oneens/ noch mee eens
- Mee eens
- Sterk mee eens

5.3 Ander aanbod is effectiever voor mijn cliënten, bijvoorbeeld

- sterk mee oneens
- mee oneens
- noch mee oneens /noch mee eens
- mee eens
- sterk mee eens

5.4 De modulen zijn verenigbaar met mijn eigen waarden en visie op zorg

- Sterk mee oneens
- Mee oneens
- Noch mee oneens/ noch mee eens
- Mee eens
- Sterk mee eens

5.5 De modulen zijn verenigbaar met de waarden en visie op zorg van mijn team/afdeling

- Sterk mee oneens
- Mee oneens
- Noch mee oneens/ noch mee eens
- Mee eens
- Sterk mee eens

5.6 De modulen zijn verenigbaar met mijn kennis over onderzoek bij deze cliënten

- Sterk mee oneens
- Mee oneens
- Noch mee oneens/ noch mee eens
- Mee eens
- Sterk mee eens

Bijlage 3

© Stichting Liberman Modules

TRAINERS COMPETENTIE BEOORDELINGSSCHAAL (TCBS)

Deze schaal meet het vermogen van hulpverleners om specifieke handelingen te verrichten die nodig zijn voor het begeleiden van deelnemers in het kader van de verschillende *Trainingsmodules*. Een getrainde observator kijkt hoe de hulpverlener een groep tijdens de training begeleidt of bekijkt een video-opname die van de sessie is gemaakt. Hij beoordeelt de hulpverlener op een aantal subschalen met betrekking tot vaardigheden en methodevastheid door items te scoren op een 4-punts Likert-schaal. De schaal geeft zo het nodige houvast om trainees gerichte feedback te geven op hun optreden als trainer en kan worden gebruikt als instrument om te beoordelen of een trainee voldoende scoort om zelfstandig een groep te leiden.

Wij beschouwen het optreden als voldoende wanneer maximaal 2 items als slecht zijn beoordeeld en niet meer dan 15 met redelijk.

Naam trainee: _____

Naam beoordelaar: _____

Datum: _____

Module: _____

Sessie (leeractiviteit): _____

Het onderwerp inleiden en de doelen introduceren

1. Trainer toont zijn waardering voor aanwezigheid en actieve deelname van deelnemers (bijv.: laat merken dat hij blij is de deelnemers te zien en beloont hun inspanningen).

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

2. Trainer brengt de inhoud van de huidige sessie in verband met eerdere en toekomstige sessies.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

3. Trainer formuleert specifieke doelen voor de sessie.

13. Trainer stelt de deelnemers de juiste vragen om er zeker van te zijn dat ze met hun aandacht bij de stof zijn en deze begrijpen.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

14. Trainer reageert adequaat op onjuiste antwoorden (laat waardering blijken voor de poging en richt de aandacht vervolgens op het juiste antwoord).

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

15. Trainer verifieert of alle groepsleden de stof begrijpen.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

16. Trainer betreft alle groepsleden in de discussie.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

17. Globale beoordeling van didactisch-pedagogische grondhouding.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

Begeleiding van rollenspellen

18. Trainer zorgt ervoor dat groepsleden de voordelen van het leren van de vaardigheid benoemen.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

19. Trainer betreft alle groepsleden bij het vinden van hulpbronnen die nodig zijn om de betreffende vaardigheid toe te passen.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

20. Trainer geeft een overzicht van methoden om aan alle genoemde hulpmiddelen te komen.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

21. Trainer geeft een duidelijke beschrijving van het scenario van het rollenspel.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

31. Trainer ontlokt en geeft feedback op specifiek doelgedrag (leerpunten).

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

32. Trainer geeft feedback in termen van gedrag.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

33. Trainer voorkomt dat de rollenspeler wordt overvraagd door voor elk rollenspel niet meer dan drie doelgedragingen (leerpunten) uit te kiezen.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

34. Globale beoordeling van geven van feedback.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

Verbale bekrachtiging

35. Trainer spreekt waardering uit voor specifieke gedragingen onmiddellijk na het optreden (bijv.: deelname aan groepsactiviteiten, meedoen aan rollenspel, vervullen van huiswerk-opdracht, beantwoorden van vragen).

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

36. Het stemgebruik van trainer (bijv.: intonatie, stemvolume, stembuiging, duur van het spreken) stemt overeen met de boodschap van waardering en drukt warmte en enthousiasme uit.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

37. Het non-verbale gedrag van trainer (bijv.: gesticulaties, gezichtsuitdrukking, oogcontact) stemt overeen met de boodschap van waardering en drukt warmte en enthousiasme uit.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

38. Trainer grijpt elke gelegenheid voor bekrachtiging aan.

_____ Slecht _____ Redelijk _____ Goed _____ Uitstekend

39. Globale beoordeling van bekrachtiging.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

Modeling

40. Trainer past modeling op de juiste momenten toe (bijv.: als deelnemer er niet in slaagt verbale instructies op te volgen).

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

41. Modeling wordt kort genoeg gehouden.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

42. De te modelen gedragingen worden duidelijk getoond en benoemd.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

43. Trainer zorgt ervoor dat de groepsleden de gedragingen die worden gemodeld begrijpen.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

44. Globale beoordeling van modeling.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

Geven van instructies

45. Trainer geeft instructies en aanwijzingen alvorens gedragingen worden geoefend.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

46. Instructies maken duidelijk welk specifiek gedrag verwacht wordt.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

47. Trainer beperkt instructies, zodat de groepsleden niet worden overstelpt.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

48. De instructies van trainer zijn bondig en samenhangend.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

49. Globale beoordeling van geven van instructies.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

Therapeutische grondhouding

50. Trainer toont warmte en enthousiasme.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

51. Trainer toont empathie of maakt opmerkingen die de groepsleden op hun gemak stellen.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

52. Globale beoordeling van therapeutische grondhouding.

Slecht

Redelijk

Goed

Uitstekend

Literatuur

Anzai N, S Yoneda, N Kumagai, Y Nakamura, E Ikebuchi, RP Liberman (2002). Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services*, 53, 5, 545-547.

Arends J, Bvd Vleugel, Bv Meijel (2000). De Liberman-modules: een beschrijving van de mogelijkheden van zelfmanagement. In: *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. G Pieters & Mvd Gaag (red.). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bellack AS (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 4, 375-391.

Brandt-Dominicus JC, Vvd Velde (2005). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie. Utrecht: Trimbos-instituut & Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Chambon O, M Marie-Cardine, A Dazord (1996). Social skills training for chronic psychotic patients: A French study. *European Psychiatry*, 11 (Suppl 2), 77s-84s.

Chandler D, R Quinlivan (2000). Social skills training modules in an intensive community support program. *Administration and policy in mental health*, 27, 4.

Cormier H, G Leblanc, F Picher, L Lachance. Results of a clinical trial of the symptom and medication modules in schizophrenia (1995). *Schizophrenia Research*, 15, 146 (abstract).

Corrigan PW, L Steiner, SG McCracken, B Blaser, M Barr (2001). Strategies for disseminating Evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 12, 1598-1606.

Dilk MN, GR Bond (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6, 1337-1346.

Eckman TA, WC Wirshing, SR Marder, RP Liberman, K Johnston-Cronk, K Zimmerman, J Mintz (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 11, 1549-1555.

Goulet J, P Lalonde, G Lavoie, F Jodoin (1993). Effets d'une éducation au traitement neuroleptique chez de jeunes psychotiques. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38, 8, 571-573.

Granholm E, JR McQuid, F Simjee, LA Auslander, D Perivoliotis, P Pedrelli, T Patterson, DV Jeste (2005). A randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162: 520-529.

Grol R, M Wensing (red.) (2001). Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Grol R, J Grimshaw (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362: 1225-30.

Hayes RL, WK Halford, FT Varghese (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior therapy*, 26, 433-449.

Heinssen RK, RP Liberman, A Kopelowicz (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 1, 21-46.

Hogarty GE, CM Anderson, DJ Reiss, SJ Kornblith, DP Greenwald, RF Ulrich, M Carter (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I One-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.

Hogarty GE, CM Anderson, DJ Reiss, SJ Kornblith, DP Greenwald, RF Ulrich, M Carter (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.

Hulscher M, M Wensing, R Grol (2000). Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën. Den Haag: ZONMw.

Kopelowicz A, R Zarate, VG Smith, J Mintz, RP Liberman (2003). Disease Management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 2, 211-227.

Liberman RP, T Eckman, T Kuehnel, J Rosenstein, J Kuehnel (1982). Dissemination of New Behavior Therapy programs to Community Mental Health Centers. *American Journal of Psychiatry*, 139:2, 224-226.

Liberman RP, TA Eckman (1989). Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities. Overcoming obstacles to the utilisation of a rehabilitation innovation. *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl. 5).

Liberman RP, CJ Wallace, G Blackwell, A Kopelowicz, JV Vaccaro, J Mintz (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 8, 1087-1091.

MacKain SJ, TE Smith, CW Wallace, A Kopelowicz (1998). Evaluation of a community re-entry program. *International Review of Psychiatry*, 10, 76-83.

Marder SR, WC Wirshing, J Mintz, J McKenzie, K Johnston, TA Eckman, M Lebell, K Zimmerman, RP Liberman (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 12, 1585-1592.

- Meder J, M Morawiec, M Sawicka (1998). Evaluation of the Medication Management Module in Poland. *International Review of Psychiatry*, 10, 62-66.
- Mueser KT, PW Corrigan, DW Hilton, B Tanzman, A Schaub, S Gingerich, SM Essock, N Tarrrier, B Morey, S Vogel-Scibilia, MI Herz (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 10, 1272-1284.
- Nosé M, C Barbui, M Tansella (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 1149-1160.
- Pilling S, P Bebbington, E Kuipers, P Garety, J Geddes, P Martindale, G Orbach, C Morgan (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791.
- Rossotto E, DA Wirshing, RP Liberman (2004). Enhancing treatment adherence among persons with schizophrenia by teaching community reintegration skills. *Psychiatric Services*, 55, 1, 26-27.
- Schaub A, B Behrendt, HD Brenner (1998). A multihospital evaluation of the Medication and Symptom Management Modules in Germany and Switzerland. *International Review of Psychiatry*, 10, 42-46.
- Stenberg JH, IP Jääskeläinen, R Røyks (1998). The effect of symptom self-management training on rehospitalization for chronic schizophrenia in Finland. *International Review of Psychiatry*, 10, 58-61.
- Stichting Liberman Modules (2005). Werkexemplaar Implementatiestrategie in het kader van het onderzoek naar een optimale implementatie van de Liberman Modules 'Omgaan met antipsychotische medicatie' en 'Omgaan met psychotische symptomen' 2004-2007.
- Sultan FE, PJ Johnson (1985). Characteristics of dropouts, remainers and refusers at a psychosocial rehabilitation program form the chronically mentally disabled. *Journal of Psychology*, 119, 175-183.
- Svettini A, E Gimosti, S Ferri, A Russo, L Ghiringhelli, L Ferrari, GM Giobbio, A Vita, G Invernizzi (1998). The drop-out phenomenon during rehabilitative treatments of psychosis: predictive factors and strategies of prevention. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry* 14, 947-951.
- Torrey WC, RE Drake, L Dixon, BJ Burns, L Flynn, AJ Rush, RE Clark, D Klatzker (2001). Implementing Evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1, 45-50.
- Wallace CJ, RP Liberman (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Res.*, 15, 3, 239-247.
- Wallace CJ, RP Liberman, SJ MacKain, G Blackwell, TA Eckman (1992). Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 149, 5, 654-658.

Wieder BL, R Kruszynski (2007). The salience of staffing in IDDT implementation: one agency's experience. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10: 103-112.

Xiong W, MR Phillips, X Hu, R Wang, Q Dai, J Kleinman, A Kleinman (1994). Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 165, 239-247.