

EIGEN REGIE BIJ EEN GROEPSGERICHTE AANPAK VOOR PATIËNTEN MET CHRONISCHE ANGST- EN DEPRESSIEKLACHTEN

Herstelcirkel in de wijk – Psychische Kracht



Student

Imke Rasing (s4434943)
imke.rasing@radboudumc.nl

Begeleiding

dr. T.C. Olde Hartman
dr. P.L.B.J. Lucassen
drs. A. Oude Bos

Afdeling

Eerstelijngeneeskunde
Radboudumc Nijmegen

Stageperiode

31 augustus – 20 november 2020

Inleverdatum

1 december 2020

Aantal woorden

5502 (exclusief citaten)

Inhoud

Samenvatting.....	3
Introductie.....	4
Methode	5
Onderzoeksopzet	5
Interventie.....	5
Onderzoekspopulatie	5
Dataverzameling	5
Data-analyse	6
Ethische goedkeuring	7
Resultaten.....	8
Kwantitatief.....	8
Kwalitatief	9
Discussie.....	15
Literatuur	17
Bijlage 1 – Interviewgids deelnemers.....	19
Bijlage 2 – Scores vragenlijsten	20

Samenvatting

Achtergrond

Angst- en depressieklachten komen veel voor. Behandeling bestaat vaak uit farmacotherapie, waarbij de nadruk ligt op symptoombestrijding. Er is weinig aandacht voor wat patiënten zelf als herstel zien en daarmee worden sociale determinanten veelal onderbelicht. Een groepsgerichte aanpak waarbij eigen regie centraal staat kan mogelijk bijdragen aan de gewenste verschuiving van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid bij patiënten met chronische psychische problematiek.

Methode

Deze pilot betreft een observationeel onderzoek naar effecten van en ervaringen met 'Herstelcirkel in de wijk'. Elf volwassen patiënten met chronische angst- en depressieklachten hebben gedurende een jaar deelgenomen aan Herstelcirkel. Het programma bestond uit plenaire bijeenkomsten waarbij verschillende leefstijldomeinen centraal stonden. Leefkrachtcoaches begeleiden deelnemers bij het proces van herwinnen van eigen regie. We hebben effecten van en ervaringen met Herstelcirkel middels vragenlijsten (kwantitatief) en diepte-interviews (kwalitatief) in kaart gebracht. Vanwege de kleine onderzoekspopulatie is voor de vragenlijsten alleen beschrijvende statistiek uitgevoerd. De diepte-interviews hebben we getranscribeerd en dubbel en onafhankelijk gecodeerd tot categorieën en thema's in een iteratief proces van dataverzameling en data-analyse.

Resultaten

Uit de vragenlijsten bleek dat patiënten na deelname aan Herstelcirkel meer grip op hun leven hadden, hun leven als meer betekenisvol ervoeren en zich minder eenzaam voelden. Daarnaast bleken klachten van distress en angst na deelname te zijn afgenomen.

Uit de interviews bleek dat deelname aan Herstelcirkel geen duidelijk effect had op psychische klachten, maar wel een duidelijk positief effect op eigenwaarde. Tevens werden deelnemers actiever op het gebied van lichaamsbeweging en in het ondernemen van sociale activiteiten. De groepsgerichte aanpak met lotgenoten en het proces van herwinnen van eigen regie onder begeleiding van leefkrachtcoaches hebben hier volgens deelnemers aan bijgedragen.

Discussie

Deelname aan 'Herstelcirkel in de wijk' heeft patiënten met chronische angst- en depressieklachten geactiveerd op fysiek en sociaal gebied. Daarnaast is hun mentale welzijn verbeterd. Vervolgonderzoek met een zorgvuldige selectie van deelnemers, duidelijke intake, meer begeleiding en aandacht voor follow-up zal moeten uitwijzen of Herstelcirkel voor patiënten met chronische psychische klachten in meerdere wijken geïmplementeerd kan worden.

Introductie

Psychische klachten vormen een veelvoorkomend probleem in de Nederlandse huisartsenpraktijk. In 2019 was de prevalentie van angstklachten 17,1 per 1000 patiëntjaren. Voor depressieklachten was dit 12,3 per 1000 patiëntjaren. De prevalentie van angst- en depressieve stoornissen was respectievelijk 24,3 en 30,9 per 1000 patiëntjaren (1). De oorsprong van psychische stoornissen is doorgaans complex en multifactorieel bepaald. Er is sprake van een interactie tussen psychische en sociale factoren, erfelijke oorzaken en lichamelijk functioneren (2).

Patiënten met psychische problemen willen bij voorkeur binnen de huisartsenvoorziening behandeld worden (3). Hoewel er 'evidence-based' klinische richtlijnen voor de behandeling van angst- en depressieve stoornissen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg beschikbaar zijn, zijn de initiatie en naleving daarvan beperkt (4). De behandeling die de huisarts biedt bestaat vaak uit farmacotherapie, terwijl de meerderheid van de patiënten met psychische problemen voorkeur heeft voor psychotherapeutische behandeling (5). Farmacotherapeutische behandeling, in het bijzonder behandeling met antidepressiva, heeft naast een bescheiden effectiviteit vaak bijwerkingen en stoppen na chronisch gebruik is moeilijk. Bovendien kan behandeling met medicijnen patiënten het idee geven dat er sprake is van een eenzijdig lichamelijke basis van hun probleem. Deze medicalisering van psychische problematiek, die gedeeltelijk voortkomt uit het vooringenomen en selectieve gebruik van onderzoeksresultaten, overschaduwde het belang van het aanpakken van sociale determinanten die de geestelijke gezondheid ondersteunen (6). Mede daardoor ontwikkelt een groot deel van de patiënten met angst- en depressieve stoornissen een chronisch beloop van hun klachten.

Bij de behandeling van patiënten met psychische klachten of stoornissen ligt de nadruk vaak uitsluitend op tekortkomingen, handicaps en symptomen. Er is weinig aandacht voor gedachten, ervaringen en standpunten van deze patiënten ten aanzien van hun herstel (7). Een onderzoek uit 2020 bracht met behulp van interviews ervaringen van patiënten met psychische stoornissen met het herstelproces in kaart. Deelnemers vonden niet-therapeutische relaties waardevol in dit proces. Sociale betrokkenheid en de mogelijkheid voor patiënten om zelf bij te kunnen dragen aan hun eigen welzijn bleken belangrijk voor effectief herstel (8). Bij 'Social Prescribing' wordt er in brede zin gekeken naar determinanten die van invloed zijn op de geestelijke gezondheid, waarbij dit sociale aspect ook sterk naar voren komt. Om een uitgebreider kader te bieden voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid in de maatschappij, adviseren huisartsen en andere zorgprofessionals ondersteunende activiteiten in de vorm van bijvoorbeeld meditatie, fotografie en kunst. 'Social Prescribing' leidt tot een gevoel van controle, sociale steun, ontwikkeling van vaardigheden, meer zelfvertrouwen en bovendien een significante vermindering van angst- en depressieklachten (9).

Een recente pilotstudie toonde veelbelovende resultaten van een vorm van 'Social Prescribing': deelname aan 'Herstelcirkel in de wijk' door twintig patiënten met diabetes mellitus type 2 leek bij te dragen aan de gewenste verschuiving van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid (10). Hoewel dit concept is toegepast op een patiëntenpopulatie met een ander ziektebeeld, kan de basis ervan bijdragen aan het herstel van patiënten met psychische klachten. Kenmerkend voor Herstelcirkel zijn namelijk de kracht van groepsdynamiek, eigen regie met daarbij ruimte om individueel en als groep gestuurd te worden en zorgprofessionals die op afstand begeleiden. Wellicht kan deze groepsgerichte aanpak waarbij eigen regie centraal staat ook het verschil maken voor patiënten met chronische angst- en depressieklachten.

In het kader daarvan is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Wat zijn de effecten van en ervaringen met deelname aan 'Herstelcirkel in de wijk' bij patiënten met chronische angst- en depressieklachten?

Methode

Onderzoeksopzet

Deze pilot betreft een exploratief observationeel onderzoek naar effecten van en ervaringen met groepsgerichte gezondheidsverbetering en eigen regie bij patiënten met chronische psychische klachten. De opzet is zowel kwantitatief als kwalitatief. Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek hebben de deelnemers op verschillende meetmomenten vragenlijsten ingevuld, voor het kwalitatieve deel zijn diepte-interviews afgenomen.

Interventie

Patiënten hebben gedurende een jaar deelgenomen aan Herstelcirkel. Het programma bestond initieel uit tweewekelijkse gevolgd door tweemaandelijks plenaire bijeenkomsten. Het doel was om een verschuiving te creëren van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid door het centraal stellen van de leefstijldomeinen voeding, beweging, ontspanning, slapen en sociale contacten. De manier waarop daar invulling aan werd gegeven, werd afgestemd op de behoefte van de deelnemers. Twee leefkrachtcoaches begeleiden de deelnemers. Zij stimuleerden het proces van verwerven van regie, energie en integratie.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit volwassen patiënten uit Nijmegen-Lent en Oosterhout, ingeschreven bij Huisartsenpraktijk Thermion, Huisartsenpraktijk Oosterhout of Huisartsenpraktijk Bast-Van Damme. Het waren patiënten met chronische angst- en depressieklachten bij wie herstel stagneerde ondanks GGZ-zorg in de eerste en/of tweede lijn. De patiënten moesten bereid zijn om van september 2019 tot en met september 2020 deel te nemen aan Herstelcirkel, met een mogelijke uitloop van zes maanden. De huisartsen van de deelnemende huisartsenpraktijken hebben vier maanden voorafgaand aan de start van Herstelcirkel potentieel geschikte deelnemers geselecteerd en persoonlijk benaderd voor deelname (convenience sample (11)). Exclusiecriteria waren: het niet machtig zijn van de Nederlandse taal, ernstige psychiatrische problematiek die het functioneren in een groep onmogelijk maakt (psychotische stoornissen, bipolaire stoornis, drugsgebruik/verslaving) en een terminale aandoening.

Dataverzameling

Kwantitatief

Het effect van Herstelcirkel op fysieke, psychologische, sociale en zingevingsparameters brachten we in kaart door middel van vragenlijsten. We hebben gekozen voor generieke boven ziekte-specifieke vragenlijsten uit transdiagnostische overwegingen bij deze heterogene groep. Het idee was om gezondheid ook te bekijken in termen van veerkracht, functioneren en eigen regie, in plaats van alleen als afwezigheid van ziekte. Aan het begin (T0), na 6 maanden (T1) en na 12 maanden (T2) namen we de volgende zes vragenlijsten digitaal af:

- VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL) (12) – De 4DKL is een betrouwbare en in de eerste lijn goed gevalideerde vragenlijst die bestaat uit 50 vragen over klachten binnen de dimensies ‘distress’, ‘depressie’, ‘angst’ en ‘somatisatie’ in de afgelopen zeven dagen. De score op de dimensies ‘distress’ en ‘somatisatie’ varieert van 0 tot 32, op de dimensie ‘depressie’ van 0 tot 12 en op de dimensie ‘angst’ van 0 tot 24. Een hoge waarde impliceert veel klachten.
- Insomnia Severity Index (ISI) (13) – De ISI is een internationaal veel gebruikte, betrouwbare en gevalideerde vragenlijst die bestaat uit 7 items over de perceptie van slapeloosheid in de afgelopen twee weken, te beoordelen op een 5-puntsschaal. De minimale score is 0 en de maximale score is 28, waarbij een hoge waarde meer problemen met betrekking tot slapen aangeeft.

- Primary Care Functioning Scale (PCFS) (14) – De PCFS bestaat uit verschillende subschalen die het functioneren van patiënten met een chronische ziekte in kaart brengen. Voor dit onderzoek maakten we gebruik van de subschaal ‘Participatie’ die bestaat uit 7 items, te beoordelen op een 6-puntsschaal. De score gaat van 0 tot 5, waarbij een hoge score meer problemen op het gebied van participatie betekent.
- Remoralisatieschaal (RS) (15) – De RS is een betrouwbare en goed gevalideerde vragenlijst die bestaat uit 12 items, te beoordelen op een 4-puntsschaal. De stellingen gaan over zelfbeleving in het kader van perspectief zien en het gevoel zelf in staat te zijn tot het oplossen van problemen (remoralisatie). De score varieert van 12 tot 48, waarbij een hoge waarde impliceert dat iemand ‘geremoraliseerd’ is.
- Verkorte Eenzaamheidschaal (16) – De Verkorte Eenzaamheidschaal is een betrouwbare en goed gevalideerde vragenlijst die bestaat uit 6 items over emotionele en sociale eenzaamheid (beide 3 vragen), te beoordelen op een 3-puntsschaal. De minimale score is 0 en de maximale score is 6, waarbij een hoge waarde een grotere mate van eenzaamheid aangeeft.
- Zinvol Leven (17) – De vragenlijst Zinvol Leven is betrouwbaar en gevalideerd en bestaat uit 10 items, 5 over de aanwezigheid van een zinnig leven en 5 over de zoektocht naar een zinnig leven, te beoordelen op een 7-puntsschaal. De score voor zowel ‘Presence’ als ‘Search’ gaat van 5 tot 35, waarbij een hoge waarde respectievelijk aanwezigheid van of zoektocht naar een zinnig leven betekent.

Door middel van een eenmalige vragenlijst op T0 werden patiëntkenmerken in kaart gebracht.

Kwalitatief

Om de ervaringen met Herstelcirkel te inventariseren, hielden we na 12 maanden individuele diepte-interviews van 45 minuten met deelnemers, leefkrachtcoaches, huisartsen en de projectleider. Huisartsen werden geïnterviewd, omdat zij betrokken waren bij de werving van deelnemers. De projectleider was verantwoordelijk voor de communicatie met betrokken partijen en heeft verschillende bijeenkomsten van Herstelcirkel bijgewoond. Bij de interviews maakten we gebruik van een vooraf opgestelde interviewgids die was gebaseerd op literatuur, overleg met verschillende onderzoekers en de schriftelijke verslagen van de bijeenkomsten van Herstelcirkel. De interviewgids (bijlage 1) was onderverdeeld in verschillende onderwerpen (18): motivatie en verwachting, persoonlijke leerdoelen, resultaat, groepsgerichte aanpak, begeleiding en zelfmanagement en toekomst. Vanwege een cyclische afwisseling tussen interviewen en analyseren kon na ieder interview de interviewgids aangepast worden, zoals gebruikelijk bij kwalitatief onderzoek (19). De interviews vonden plaats in september en oktober 2020. We namen alle interviews op middels audiotape en transcribeerden deze verbatim met behulp van de software f4transkript.

Data-analyse

Kwantitatief

De antwoorden op de verschillende vragenlijsten verwerkten we in het statistiekprogramma SPSS. Vervolgens berekenden we de totaalscore per vragenlijst. Vanwege de kleine onderzoekspopulatie voerden we alleen beschrijvende statistiek uit.

Kwalitatief

Na het afnemen van een aantal interviews codeerden we de transcripten met behulp van de software ATLAS.ti (versie 8.4.20). Aanvankelijk codeerden we met kernwoorden per onderwerp. Vervolgens maakten we een onderverdeling in overkoepelende categorieën en thema's. Het analyseproces was iteratief, waarbij dataverzameling en data-analyse elkaar afwisselden, gestuurd door voortdurende reflectie op resultaten (19). Om nauwkeurigheid en validiteit van data

te waarborgen, codeerden twee onderzoekers de interviews onafhankelijk van elkaar. Zij bespraken en bediscussieerden de codes totdat zij het eens waren over de inhoud en betekenis ervan.

Ethische goedkeuring

Het onderzoek valt onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek (WMO). Een positief oordeel van de CMO Regio Arnhem – Nijmegen was niet vereist. De lokale CMO van het Radboudumc verklaarde geen bezwaar te hebben tegen de uitvoering van het onderzoek (2019-5603).

De deelnemers hebben voorafgaand aan het onderzoek het informed consent ondertekend.

Resultaten

De onderzoekspopulatie bestond uit 12 patiënten (tabel 1). Eén patiënt (011) besloot vóór de start van het project niet deel te nemen vanwege een te hoog stressniveau. Tijdens het project zijn vier patiënten (002, 003, 008, 010) gestopt, omdat het aanbod niet aansloot op hun behoefte. Aanvankelijk waren er twee leefkrachtcoaches. Eén van hen is tijdens het project gestopt wegens psychische klachten.

Tabel 1 – Patiëntkenmerken*

Deelnemer	Leeftijd	Geslacht	Burgerlijke staat	Woon-situatie	Kinderen (aantal)	Opleiding	Geboorteland	Bron van inkomsten	Uren per week betaalde arbeid	Uren per week onbetaalde arbeid	Vragenlijst
[Redacted patient characteristics data]											T0, T1, T2
											T0, T1, T2
											T0, T1, T2
											T0, T1, T2
											T0, T1, T2
											T0, T1, T2
											T0, T1, T2
											T0, T1
											T0, T1, T2
											T0, T1 (onvolledig)
											T0, T1, T2
											T0, T1, T2

* Deze kenmerken zijn in kaart gebracht om een beeld te krijgen van de onderzoekspopulatie en worden niet meer expliciet benoemd in de analyse van de resultaten.

** In de vragenlijst niet verder gespecificeerd.

Kwantitatief

Zowel actieve als gestopte deelnemers hebben op T0, T1 en T2 alle vragenlijsten toegestuurd gekregen. De respons hierop staat in tabel 1. De scores per vragenlijst zijn in tabellen verwerkt (bijlage 2).

Uit de 4DKL blijkt dat het merendeel van de patiënten minder distress, angst en lichamelijke klachten ervoer na deelname. Opvallend bij de dimensie somatisatie is een afname van klachten na 6 maanden en een toename na 12 maanden bij zes deelnemers. De mate van depressieve klachten is bij de helft van de deelnemers verminderd en bij de andere helft stabiel gebleven. Op het gebied van slapen (ISI) blijkt dat vijf deelnemers minder en vier deelnemers meer problemen zijn gaan ervaren. Opvallend is een verbetering na 6 maanden en een terugval na 12 maanden bij vijf deelnemers. In het kader van participatie (PCFS) vonden er globaal geen grote veranderingen plaats. Bij de Remoralisatieschaal (RS) was er een duidelijke verandering in positieve richting bij bijna alle deelnemers. Uit de Verkorte Eenzaamheidsschaal blijkt dat de meerderheid van de deelnemers minder emotionele eenzaamheid en een gelijke mate van sociale eenzaamheid ervoer na deelname. Het merendeel van de patiënten vond uiteindelijk zijn of haar leven betekenisvoller en de helft van de deelnemers was ook meer op zoek naar de betekenis van het leven (vragenlijst Zinvol Leven).

Bij het vergelijken van de uitkomsten van de vragenlijsten per individuele deelnemer, blijkt dat bijna elke deelnemer op sommige gebieden vooruit is gegaan, op andere gebieden achteruit is gegaan en soms stabiel is gebleven. Slechts één deelnemer ervoer op alle vlakken verbetering en bleef op één vlak stabiel.

Kwalitatief

In totaal namen we 11 diepte-interviews af. We benaderden hiervoor zowel actieve als gestopte deelnemers. Zes actieve deelnemers en één gestopte deelnemer (002) wilden meedoen aan een interview. De overige deelnemers gaven aan niet mee te willen doen of waren telefonisch niet bereikbaar. Eén deelnemer (008) heeft schriftelijk een drietal vragen beantwoord. Ter verdieping van de resultaten interviewden we ook de leefkrachtcoach, twee huisartsen en de projectleider. Tijdens de interviews kwamen de volgende thema's naar voren: motivatie en verwachtingen, ervaren effecten van deelname, effectieve elementen van Herstelcirkel en de weg naar succesvolle implementatie.

Motivatie en verwachtingen

Voorafgaand aan Herstelcirkel hadden deelnemers reeds langdurige problemen op het gebied van depressies, angsten, psychoses, alcoholgebruik en contact maken. Motivatie voor deelname kwam voort uit het feit dat eerdere behandelingen onvoldoende effectief waren. Deelnemers hoopten dat Herstelcirkel hen wel vooruit zou helpen.

“Toen kwam dit op mijn weg als laatste redmiddel [...] omdat ik al zoveel gedaan had, en zoveel trajecten had gelopen.” (Deelnemer 009)

Herstelcirkel enthousiasmeerde de deelnemers, omdat de groepssetting met lotgenoten hen erg aansprak. De meerderheid gaf aan sociale contacten als belangrijk aandachtspunt te hebben.

“Toch dat je wat meer sociale contacten krijgt, omdat je dan wat meer ervaringen deelt zeg maar, de een doet dit beter en de andere ja, kunnen ook weer dingen aanreiken.” (Deelnemer 007)

Enkele deelnemers verwachtten door de groep over hun angst voor sociale contacten heen te komen en meer ontspannen te worden in de omgang met sociale contacten.

“En ook het contact met anderen [...] dat ik daarin ook lossere en ontspannender zou kunnen optreden.” (Deelnemer 012)

Enkele deelnemers hadden een therapie-setting verwacht, met aandacht voor hun problematiek en diepgang in de vorm van thema-avonden.

“De eerste twee drie bijeenkomsten waren er echt thema's opgezet, zoals voeding en diëtiëk [...], dat was fijn. Dat dacht ik ook dat het dat een beetje zou zijn, inderdaad met een groep thema's gaan uitdiepen.” (Deelnemer 006)

Ervaren effecten van deelname

Effect op klachten

Het lijkt erop dat het uiteindelijke effect van deelname op psychische klachten wisselend is. Bij sommige deelnemers waren klachten niet verminderd. Bij een enkeling waren klachten naar de achtergrond verdwenen.

“Ik weet eigenlijk niet zozeer of het wel ook wat bijdraagt, of in ieder geval wat aan mijn, voor mijn klachten. [...] Ik weet niet of dat mijn klachten verminderd heeft, nee dat kan ik niet zeggen.” (Deelnemer 001)

“Klachten zijn wel grotendeels weggeëbd. Veel minder paniekstoornissen. Dus dat is wel allemaal goed naar de achtergrond verdwenen.” (Deelnemer 006)

Andere deelnemers hebben door Herstelcirkel geleerd om te gaan met hun klachten en aandachtspunten.

“[Loslaten en doseren] Dat is stukje bij beetje gelukt. De dingen die moeten gebeuren die zorg ik dat er gebeurt, maar dingen die niet per se moeten daar ben ik mee aan het werk dat ik dat gewoon ook anders kan doen” (Deelnemer 004)

Effect op activiteiten en bereiken van doelen

Meerdere deelnemers ervoeren een stimulans vanuit Herstelcirkel om activiteiten te ondernemen en hun persoonlijke doelen, zoals het aangaan van sociale contacten en matigen van het alcoholgebruik, te bereiken.

“Het heeft mij toch in beweging gezet om dingen te gaan ondernemen. Dus het heeft mij meer geactiveerd” (Deelnemer 012)

Sommigen schrijven het bereiken van hun persoonlijke doelen achteraf echter meer toe aan de hulp van zorgverleners waar zij een beroep op deden dan aan deelname aan Herstelcirkel.

“Ik vind het wel belangrijk om te benadrukken dat ik het merendeel daarvan ook bereikt heb door de gesprekken met mijn psychotherapeute. [...], want er waren best wel dingen waar ik tegenaan liep. Het er naartoe gaan. Toch wel passiviteit in de groep.” (Deelnemer 012)

De meerderheid van de deelnemers gaf aan door Herstelcirkel actiever te zijn geworden op het gebied van lichaamsbeweging. Tevens motiveerde Herstelcirkel verschillende deelnemers om sociale activiteiten buiten Herstelcirkel weer op te pakken.

“Ik wandel ook wel graag, de Sunset March hebben we een keer gelopen. [...] In mijn eentje had ik het waarschijnlijk niet gedaan. En met zo'n groep, ik heb hem nu toch een keer gelopen.” (Deelnemer 001)

Effect op eigenwaarde

Enkele deelnemers gaven aan bang te zijn voor afwijzing waardoor ze normaalgesproken liever op de achtergrond blijven. Hoewel Herstelcirkel over het algemeen niet heeft geleid tot intensief contact of vriendschappen onderling, gaven deelnemers aan gegroeid te zijn door de sociale contacten binnen Herstelcirkel. De meerderheid voelde zich na deelname sterker en waardevoller.

“Ik ging ook met moeite er naartoe af en toe, maar eigenlijk ik kwam elke keer toch wel met verhalen thuis en tips van kijk er eens op die manier naar. Ik vind wel dat ik er veel aan gehad heb, ook kracht uit Herstelcirkel, uit de groep kunnen halen.” (Deelnemer 009)

Een enkeling had sinds deelname aan Herstelcirkel meer positieve dan negatieve gedachtes. Een van de gestopte deelnemers had geleerd stoppen niet als mislukking te zien.

“En op een gegeven moment heb kunnen kiezen om ermee te stoppen [...] en daardoor niet aan mezelf te gaan twijfelen. Voorheen zou ik kunnen denken van zie je wel, alweer een mislukking. Nu zag ik het niet als een mislukking. [...] Wel als iets dat ik een beetje heb geleerd om voor mezelf te gaan staan en voor mezelf mogen te gaan staan.” (Deelnemer 002)

Effectieve elementen van Herstelcirkel

Volgens deelnemers droegen de volgende elementen bij aan een positief resultaat: de groepsgerichte aanpak, het herwinnen van eigen regie, de leefkrachtcoaches en structuur.

Groepsgerichte aanpak

De meerderheid van de deelnemers gaf aan voorafgaand aan deelname moeite te hebben met het aangaan van en omgaan met sociale contacten. Bij Herstelcirkel werd het aangaan van sociale contacten gestimuleerd doordat er gezamenlijke activiteiten werden ondernomen.

“Bij Herstelcirkel dan ga je gewoon leuke dingen doen. We hebben iedere keer wel een thema gezocht, we zijn gaan wandelen, we hebben een keertje samen gekookt en spelletjes gedaan en ook een keertje gewoon zitten kletsen. Ja ik vond dat wel heel erg fijn.” (Deelnemer 007)

Herkenning was een belangrijke factor voor een gevoel van steun. De meerderheid van de deelnemers voelde zich daardoor meer op zijn/haar gemak in de groep.

“Dat je niet de enige bent die in de problemen zit. Dat geeft toch een soort gevoel van verbondenheid.” (Deelnemer 002)

Volgens deelnemers faciliteerde de groepsgerichte aanpak de mogelijkheid om ervaringen met lotgenoten te delen, met hen samen te werken en te leren van elkaar. Doordat de groep niet te groot was, voelden deelnemers zich veilig en comfortabel genoeg om zich te kunnen uiten. Meerdere deelnemers gaven aan hun gevoelens bespreekbaar te hebben gemaakt. Enkele deelnemers bleven dit lastig vinden in een groep.

“Het heeft in ieder geval gebracht dat je toch wel weer nieuwe mensen hebt ontmoet waarmee je kan delen. Wat je wil dan, ik bedoel er zijn helemaal geen verplichtingen. [...] Dat is toch wel fijn hoor.” (Deelnemer 001)

“Dat ze toch een groter sociaal netwerk gekregen hebben waarin ze ook hele moeilijke dingen die ze dwars zaten hebben kunnen bespreken. Of zijn gaan bespreken.” (Leefkrachtcoach)

Deelnemers vonden het fijn om per activiteit bij verschillende mensen aan te kunnen sluiten. Ze waardeerden de luchtige sfeer en het vrijblijvende karakter, hoewel sommige deelnemers graag meer aandacht voor hun problematiek en diepgang in de vorm van thema-avonden hadden gezien.

Volgens enkele deelnemers, de leefkrachtcoach en huisartsen kan het feit dat mensen worden geconfronteerd met problemen van anderen ook een nadeel zijn van een groepsgerichte aanpak. Het kan angsten en trauma's omhooghalen en daarmee zorgen voor ontregeling.

“Heel in het begin dacht ik [...] wat moet ik hiermee, alle problemen of lastige dingen van andere mensen aanhoren. Wil ik dat er nog wel bij hebben? Wat doet het met me?” (Deelnemer 001)

“Wat aan de ene kant ook de erkenning geeft, geeft aan de andere kant ook weer een belasting.” (Leefkrachtcoach)

“Waar ik wel een beetje bang voor was, wat maken we allemaal los [...] zorgen we nu voor een ontregeling [...] door de interactie van de groep, dat mensen elkaar misschien wat daarin kunnen versterken.” (Huisarts)

Herwinnen van eigen regie

Volgens deelnemers, de leefkrachtcoach en de projectleider ging het nemen van initiatieven tijdens Herstelcirkel vaak moeizaam en als er voorstellen voor activiteiten gedaan werden, bleef men vaak erg afwachtend. Verschillende deelnemers schrijven dit toe aan het feit dat zij meer begeleiding gewend zijn vanuit eerdere behandelingen.

“Als je je leven lang van allerlei soorten dingen hebt meegemaakt van therapie, maar allemaal met een psychotherapeut, psycholoog, begeleider, coach, als dat altijd is geweest, dan ben je ook gewend dat dat een persoon is waar je naartoe kan met dingen en dat je het niet altijd zelf kan oplossen” (Deelnemer 004)

Gaandeweg leidde de passiviteit van de groep echter tot frustratie bij enkele deelnemers.

“Die mensen beseffen dan op dat moment denk ik niet dat ze er zijn om vooruit te komen en niet om stil te blijven staan, en dat vond ik heel frustrerend.” (Deelnemer 004)

Uiteindelijk kwamen er meerdere initiatieven vanuit zowel de individuele deelnemers als de groep, mede dankzij het feit dat er een paar deelnemers waren die het voortouw hierin namen. Verschillende deelnemers gaven aan het fijn te vinden dat het initiatief bij hen zelf ligt. Echter, bijna iedereen vond dat het initiatief te snel bij hen zelf werd neergelegd.

“Wat mij echt opviel was dat er al vrij in het begin veel initiatief vanuit de groep werd verwacht. Er werd veel aan ons overgelaten. In het begin moet je echt op sleeptouw worden genomen. We zijn te vroeg losgelaten op dat punt.” (Deelnemer 012)

Volgens de leefkrachtcoach, huisartsen en de projectleider is het een uitdaging om eigen regie terug te geven aan een kwetsbare groep met psychische klachten. Toch verwachten zij dat dit, in vergelijking met medicalisering van problematiek, op den duur zal leiden tot meer positieve energie.

“Ik ben er wel van overtuigd dat als je zelf weer de mogelijkheid hebt om dingen te durven en te doen en te willen en te kunnen buiten een heel strak kader of een coach die jou bij de hand neemt, dan denk ik dat je werkt aan het vergroten van iemands levensgeluk.” (Leefkrachtcoach)

De ervaring heeft wel geleerd dat deelnemers voorzichtig losgelaten moeten worden.

“Je hebt het hier over geestelijke ziektes en die hebben ze te snel losgelaten. We moesten te snel dingen voor onszelf gaan doen.” (Deelnemer 006)

Leefkrachtcoaches

Deelnemers vonden steun en betrokkenheid van ervaren leefkrachtcoaches fijn. De leefkrachtcoaches motiveerden en stimuleerden in het opstellen en bereiken van leerdoelen.

“Complimenteren als het goed ging, die kleine stapjes [...], of als het een keer niet goed ging dan ook zeggen zo van goh is helemaal niet erg om een keer een terugval te hebben, we pakken het weer gewoon op. Dat was fijn.” (Deelnemer 006)

De leefkrachtcoach gaf aan dat de coaching bij Herstelcirkel aanvankelijk voornamelijk gericht was op het creëren van veiligheid binnen de groep. Hoewel er aandacht was voor de problematiek van de deelnemers, legde de leefkrachtcoach de nadruk vooral op de gezonde kant van het leven. Daarbij keek hij samen met de deelnemers naar waartoe zij zelf in staat waren. Volgens de leefkrachtcoach, een huisarts en de projectleider is zelfreflectie daarbij belangrijk.

Twee deelnemers ervoeren het stoppen van een van de leefkrachtcoaches als belemmerend. Eén van hen vond de groep te groot voor één coach, waarbij het onprettig was dat de coach meerdere rollen tegelijk had in de begeleiding van de deelnemers.

“Dan heb je je verhaal eigenlijk al gedaan en dan moet je eigenlijk weer opnieuw met een coach beginnen [...] daar mis je dan toch een slag” (Deelnemer 006)

“Bij de groepsbijeenkomsten was hij en discussieleider en verpleegkundige, dat botste een beetje denk ik.” (Deelnemer 009)

Structuur

Deelnemers ervoeren aan het begin van Herstelcirkel te weinig structuur en continuïteit. Het besluit tweewekelijks een plenaire bijeenkomst te organiseren bood volgens hen wel de gewenste structuur. Bovendien stimuleerde deze afspraak om actief deel te nemen en aan leerdoelen te werken. Een vaste locatie in de eigen leefomgeving bleek hierbij ook belangrijk te zijn.

“Elke 2 weken was er weer iets en ging je of een bepaalde activiteit ondernemen of jij ging een activiteit organiseren. En ja, je werkt telkens ergens naartoe. Mij gaf dat structuur. Echt een doel.” (Deelnemer 012)

“De Herstelcirkel [...] ik zag daar heel erg tegenop, maar ik ging toch omdat ik dat had afgesproken.” (Deelnemer 002)

De weg naar succesvolle implementatie

De meeste deelnemers, de leefkrachtcoach, huisartsen en de projectleider waren enthousiast over een toekomst voor Herstelcirkel voor patiënten met psychische klachten. Bij volgende groepen moet volgens hen rekening gehouden worden met de volgende factoren.

Selectie en intake van deelnemers

De meerderheid van de geïnterviewden gaf aan dat een zorgvuldigere selectie van deelnemers en een goede intake, waarbij duidelijke en realistische verwachtingen worden geschept, noodzakelijk zijn. Een volgende groep moet volgens hen bestaan uit gemotiveerde deelnemers die ondanks hun psychische klachten open staan en geschikt zijn voor een groepsgerichte aanpak waarbij ze weten dat het initiatief vanuit hen zelf moet komen.

“Selecteer mensen die echt willen, die echt ook de energie hebben om echt daadwerkelijk ervoor te gaan die ook echt daadwerkelijk willen veranderen.” (Deelnemer 004)

“Ik heb aangegeven een betere selectie van deelnemers. Is men zover? Kan iemand het aan qua spanning en onzekerheid? Of is iemand in staat in groepsverband activiteiten te ondernemen? Daar heb ik wel mijn vraagtekens bij gehad, omdat mensen afhaakten of met enige regelmaat niet kwamen. [...] Ik denk dat het voor hun te hoog gegrepen is. Het beïnvloedde ook wel voor mij en de overige deelnemers. Als mensen afhaken is niet leuk.” (Deelnemer 012)

Eén van de huisartsen en de projectleider stelden voor om in het vervolg te starten met een grotere groep. Dit omdat er altijd mensen afvallen en om de kans dat deelnemers aansluiting vinden in de groep te vergroten. Een andere huisarts gaf echter aan dat het selecteren van voldoende geschikte patiënten voor hem al een uitdaging op zich was bij deze pilot. Daarnaast vindt hij dat verschillen binnen een groep, en daarmee ook het stoppen van deelnemers, geaccepteerd moeten worden en dat juist teruggetrokken mensen ook benaderd moeten worden voor deelname.

“De teruggetrokken mensen die wil je misschien juist wat prikkelen om in zo’n groep te komen [...] juist een beetje uitdagen. [...] Het is en blijft een groep dus je moet denk ik niet alleen maar eenzelgangers erin gaan zetten, want dan gaat het niet werken.” (Huisarts)

Begeleiding vanuit Leefkrachtcoaches

Alle deelnemers gaven aan dat een groep patiënten met psychische problemen meer en langer begeleid moet worden. Een voorstel was om deelnemers uit verschillende onderwerpen te laten kiezen.

“Net even dat stukje begeleiding qua onderwerpen. Laat mensen uit bij wijze van spreken tien onderwerpen kiezen. Ik denk dat het voor deze groep dan al makkelijker geweest zou zijn. Dan heb je ook zelfregie” (Deelnemer 006)

Daarnaast stelde een van de deelnemers voor dat leefkrachtcoaches zouden kunnen helpen bij het nemen van initiatieven als het alleen niet lukt. Daarmee wordt gestimuleerd dat iedereen toch een bijdrage levert. Een ander voorstel was deelnemers stimuleren om juist in hun eigen sociale kring aan leerdoelen te werken.

“Ik denk misschien dan ook niet alleen focussen op dingen met elkaar doen, maar ook focus op dat elk persoon, elke deelnemer ook gestimuleerd wordt om in zijn eigen milieu dingen weer op een hoger plan te brengen in contacten en bezigheden.” (Deelnemer 002)

Coronavirus

De landelijke maatregelen in het kader van de bestrijding van het coronavirus vormden een belemmerende factor. Na ruim zes maanden vonden bijeenkomsten en individuele coaching enkel online plaats. Deelnemers hadden hier weinig behoefte aan. De periode zonder fysieke bijeenkomsten heeft bij verschillende deelnemers tot een terugval met een verhoging van het medicatiegebruik geleid.

Discussie

Belangrijkste bevindingen

In deze pilot onderzochten we middels vragenlijsten en diepte-interviews effecten van en ervaringen met deelname aan 'Herstelcirkel in de wijk' bij patiënten met chronische angst- en depressieklachten. De vragenlijsten lieten zien dat patiënten na deelname voornamelijk meer grip op hun leven hadden en hun leven als meer betekenisvol ervoeren. Ook leek de meerderheid van de deelnemers zich over het algemeen minder eenzaam te voelen, hoewel de verbetering gering was. Wat betreft symptomen veranderde er weinig, al werden distress en angst over het algemeen wat minder. Uit de interviews bleek dat deelname aan Herstelcirkel geen duidelijk effect had op psychische klachten, maar wel een duidelijk positief effect op eigenwaarde. Daarnaast was het grootste deel van de patiënten na deelname actiever op het gebied van lichaamsbeweging en in het ondernemen van sociale activiteiten. Elementen die hier volgens hen aan bijgedragen hebben, zijn de groepsgerichte aanpak en het proces van herwinnen van eigen regie onder begeleiding van leefkrachtcoaches.

Vergelijking met literatuur

De SPF (Social Production Function) theorie stelt dat mensen hun eigen welzijn creëren door te streven naar het bereiken van twee universele doelen: fysiek en sociaal welzijn. Fysiek welzijn wordt bereikt door actief zijn en comfort, sociaal welzijn door status, bevestiging van gedrag en genegenheid (20). Herstelcirkel is een vorm van 'Social Prescribing' waarbij sociaal welzijn als een belangrijke determinant van gezondheid wordt gezien (9). Het feit dat patiënten door deelname aan Herstelcirkel meer grip op hun leven kregen (bevestiging van gedrag), hun leven als meer betekenisvol zijn gaan ervaren (status) en zich minder eenzaam zijn gaan voelen (genegenheid) ondersteunt de sociale component van de SPF-theorie. Het lotgenotencontact (status, bevestiging van gedrag, genegenheid) en het ondernemen van gezamenlijke activiteiten (actief zijn) zijn eveneens elementen die in de SPF-theorie van welzijn passen.

Het feit dat deelnemers hoog scoorden op de Remoralisatieschaal (RS), wat betekent dat zij meer grip op hun leven kregen, is een belangrijke bevinding. Uit eerder onderzoek bleek dat remoralisatie mogelijk de eerste stap is in het herstelproces en voorafgaat aan symptoomvermindering (15).

In de onderzoekspopulatie van deze pilot zijn patiënten met zowel angst- als depressieve stoornissen geïnccludeerd. Uit een meta-analytische review zijn transdiagnostische interventies bij patiënten met angst- en depressieve stoornissen effectief gebleken, met een vermindering van angst en depressie en een verbetering van kwaliteit van leven na behandeling (21). Hoewel patiënten als gevolg van deelname aan Herstelcirkel geen duidelijk effect op psychische klachten ervoeren, voelden zij zich gesteund door lotgenoten met wie zij ervaringen konden delen en van wie zij konden leren. Een kwalitatief onderzoek naar ervaringen van patiënten met angst- en depressieve stoornissen met transdiagnostische groepstherapie ondersteunt deze bevindingen. Het gevoel te kunnen delen zonder beoordeeld te worden en zicht krijgen in perspectieven van anderen droeg bij aan de "normalisering" van hun eigen beleving (22).

Sterke punten en beperkingen

Een van de sterke punten van deze pilot is de toepassing van methodische triangulatie. Het feit dat effecten van en ervaringen met deelname aan Herstelcirkel zowel kwantitatief als kwalitatief in kaart zijn gebracht, draagt in positieve zin bij aan de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Het iteratieve proces van dataverzameling en data-analyse en het dubbel en onafhankelijk coderen van de interviews dragen daar ook aan bij (23). Een ander sterk punt is het feit dat we een brede input

hebben verkregen door naast actieve deelnemers meerdere betrokken partijen te interviewen, waaronder de leefkrachtcoach, huisartsen, de projectleider en ook gestopte deelnemers.

Het onderzoek kent echter ook verschillende beperkingen. Bij het selecteren van de onderzoekspopulatie was er sprake van 'convenience sampling' in plaats van 'purposive sampling', waardoor een variatiedekkende representativiteit niet gerealiseerd werd (23). Daarnaast hebben de kleine onderzoekspopulatie en het stoppen van meerdere deelnemers een negatieve invloed op de betrouwbaarheid van de resultaten. Tevens is, op grond van het feit dat het onderzoek een kleine pilot betreft, geen datasaturatie bereikt (23). De toepassing van de PCFS subschaal 'Participatie' vormt een beperking van het onderzoek, omdat deze niet gevalideerd is om als subschaal gebruikt te worden. Een andere beperking wordt gevormd door de landelijke maatregelen in het kader van de bestrijding van het coronavirus, waardoor fysieke bijeenkomsten niet meer konden plaatsvinden. Dit heeft een grote impact gehad op de uitvoering van het project en daarmee mogelijk ook op de uitkomsten van het onderzoek.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Uit de kwalitatieve resultaten blijkt dat de meerderheid van de geïnterviewden enthousiast is over een toekomst voor Herstelcirkel voor patiënten met psychische klachten. Er werden suggesties voor het vormgeven van een verbeterde opzet gedaan. In de huidige groep resulteerde passiviteit in frustraties. In een volgende groep moet er bij het selecteren van deelnemers daarom meer aandacht zijn voor motivatie en bij de intake moeten duidelijke verwachtingen worden geschept. Tevens moet er bij een volgende groep aandacht zijn voor het vormgeven van het concept eigen regie bij een hogere intensiteit en langere duur van begeleiding.

Een andere aanbeveling is onderzoek naar hoe follow-up van deelnemers vormgegeven moet worden om te voorkomen dat zij terugvallen in oude patronen.

Conclusie

Deelname aan 'Herstelcirkel in de wijk' heeft patiënten met chronische psychische klachten geactiveerd op fysiek en sociaal gebied. Zij zijn zichzelf en hun leven als waardevoller gaan ervaren en hebben daarbij meer grip op hun leven gekregen. De groepssetting met lotgenoten en het proces van herwinnen van eigen regie onder begeleiding van leefkrachtcoaches waren daarbij belangrijk. Herstelcirkel kan daarom mogelijk bijdragen aan de gewenste verschuiving van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid bij deze patiëntenpopulatie. Vervolgonderzoek zal dit moeten bevestigen en moeten uitwijzen of Herstelcirkel voor patiënten met chronische psychische klachten in meerdere wijken geïmplementeerd kan worden.

Literatuur

1. NIVEL. Jaarcijfers aandoeningen - Huisartsenregistraties 2019. Beschikbaar van: <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/jaarcijfers-aandoeningen-huisartsenregistraties>. [Geraadpleegd op 2 oktober 2020].
2. Hengeveld M, van Balkom A, van Heeringen C, Sabbe B. Leerboek Psychiatrie. 3rd ed. De Tijdstroom; 2016.
3. Verhaak P, Zwaanswijk M, Have Jt. Psychologische interventies. Huisarts Wet 2011;54(1):23-8.
4. Seekles W, van Straten A, Beekman A, van Marwijk H, Cuijpers P. Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. a randomized controlled trial. Trials 2011;12:171.
5. van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, van Marwijk HW, Beekman AT, de Haan M, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. Gen Hosp Psychiatry 2004;26(3):184-9.
6. Pūras D. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Beschikbaar van: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21480>. [Geraadpleegd op 22 september 2020].
7. Topor A, Borg M, Di Girolamo S, Davidson L. Not just an individual journey: social aspects of recovery. Int J Soc Psychiatry 2011;57(1):90-9.
8. Brown B, Baker S. The social capitals of recovery in mental health. Health 2020;24(4):384-402.
9. Morton L, Ferguson M, Baty F. Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. Public Health 2015;129(3):286-9.
10. Kuijpers A, Schers HD. Herstelcirkel in de wijk : Een andere diabetesaanpak. TSG Tijdschr Gezondheidswetenschappen 2019;97(1-2):16-9.
11. Hak T. Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek. Huisarts Wet 2004;47(11):502-8.
12. Terluin B, van Marwijk HW, Adèr HJ, de Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry 2006;6:34.
13. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001;2(4):297-307.
14. Postma SAE, Schers H, Ellis JL, van Boven K, Napel HT, Stappers H, et al. Primary care functioning scale showed validity and reliability in patients with chronic conditions: a psychometric study. J Clin Epidemiol 2020;125:130-7.
15. Vissers W, Keijsers GPJ, van der Veld WM, de Jong CAJ, Hutschemaekers GJM. Development of the Remoralization Scale: An extension of contemporary psychotherapy outcome measurement. Eur J Psychol Assess 2010;26(4):293-301.
16. de Jong Gierveld J, van Tilburg T. De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. Tijdschr Gerontol Geriatr 2008;39(1):4-15.
17. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. J Couns Psychol 2006;53(1):80-93.
18. Heldens JJHM, Reysoo F. De kunst van het interviewen: Reflecties op het interview met een guide. KWALON Tijdschr Kwal Onderz Ned 2005;10(30):106-21.
19. Wester F. Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal. Huisarts Wet 2004;47(12):565-70.
20. Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Verbrugge LM. Subjective Well-Being and Social Production Functions. Soc Indic Res 1999;46(1):61-90.
21. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. Clin Psychol Rev 2015;40:91-110.

22. Morris L, Mansell W, Amos R, Edge D. Experiences of a transdiagnostic group, the Take Control Course, for clients with common mental health problems: A qualitative study. *Clin Psychol Psychother* 2018;25(5):730-44.

23. Lucassen P, Hartman TO, Greijn C. Hoe lees ik een kwalitatief onderzoeksartikel? *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162(34).

Bijlage 1 – Interviewgids deelnemers

Motivatie en verwachting

- Wat waren voor u redenen om deel te gaan nemen aan Herstelcirkel?
 - o Wat maakte dat u specifiek voor Herstelcirkel koos? Wat dacht u bij Herstelcirkel te vinden wat u bij andere hulpverleners tot nu toe niet vond?

Persoonlijke leerdoelen

- Wat wilde u bereiken met uw deelname aan Herstelcirkel? (Leerdoelen)
 - o Wat zou dat u brengen?
 - o Waarom is dat zo belangrijk voor u?
 - o Waarom lukte dat eerder niet/te weinig?
- Heeft u dat ook bereikt? (Voorbeeld)
 - o Waar denkt u dat dat door komt?
 - o Wat is het effect daarvan?

Resultaat

- Hoe vaak bent u bij de bijeenkomsten van Herstelcirkel geweest?
 - o Wat stimuleerde u om te gaan/wat hield u tegen?
- Wat heeft Herstelcirkel u gebracht? (Voorbeeld)
 - o Wat heeft daaraan bijgedragen?
 - o Hoe heeft dat zich doorgezet buiten Herstelcirkel om?
 - o Indien antwoord 'niet zoveel/niks': Hoe had u zich Herstelcirkel voorgesteld?
- Wat had u graag anders gezien bij Herstelcirkel?
 - o Hoe zou het beter kunnen?

Groepsgerichte aanpak

- Wat vond u van de groepsgerichte aanpak bij Herstelcirkel?
 - o Hoe voelde u zich in de groep? Waar kwam dat door?
 - o Wat vond u prettig/lastig aan de groepsgerichte aanpak?
 - o Aan welke bijeenkomsten heeft u het meest/minst gehad? Waarom?
- Heeft u buiten de groepsbijeenkomsten nog contact gehad met de andere deelnemers?
 - o Wat maakte dat u wel/geen contact zocht?

Begeleiding en zelfmanagement

- Hoe heeft u de begeleiding vanuit de leefkrachtcoaches ervaren?
 - o Wat deden ze goed? Wat kon beter?
- Hoe ging het toen jullie het zelf moesten doen?
 - o Vanuit wie kwam het initiatief voor activiteiten?
 - Hoe werd dit vervolgens opgepakt? Wat vond u daarvan?
 - o Heeft u zelf ook wel eens iets voorgesteld? (Evt. voorbeeld)
 - Wat maakte dat u zelf iets voorstelde/niets voorstelde?

Toekomst

- Wat zou er moeten veranderen als jullie nog een half jaar door zouden gaan met Herstelcirkel?
- Als Herstelcirkel vanuit meerdere huisartsenpraktijken zou gaan worden ingericht, welke tips zou u dan meegeven?
- Waar binnen de behandeling van angst- en depressieklachten zou u Herstelcirkel plaatsen?

Bijlage 2 – Scores vragenlijsten

VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)

Distress

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	16	14	13	-3
002	19	11	14	-5
003	20	16	20	0
004	11	13	11	0
005	31	32	25	-6
006	20	9	8	-12
007	21	7	9	-12
008	13	13	-	-
009	21	14	22	+1
010	31	-	-	-
012	31	27	18	-13

Depressie

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	2	1	2	0
002	4	2	4	0
003	10	6	10	0
004	0	0	2	+2
005	12	12	12	0
006	8	4	4	-4
007	8	3	4	-4
008	2	1	-	-
009	4	0	2	-2
010	9	-	-	-
012	9	6	2	-7

Angst

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	4	1	1	-3
002	10	5	2	-8
003	9	6	13	+4
004	1	2	1	0
005	22	18	14	-8
006	14	9	3	-11
007	5	2	2	-3
008	3	2	-	-
009	12	5	9	-3
010	8	-	-	-
012	16	13	10	-6

Somatisatie

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	13	11	5	-8
002	13	7	11	-2
003	4	3	7	+3
004	8	5	13	+5
005	22	23	12	-10
006	15	4	8	-7
007	0	2	1	+1
008	12	4	-	-
009	24	11	13	-11
010	24	-	-	-
012	15	8	11	-4

Insomnia Severity Index (ISI)

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	10	6	9	-1
002	14	5	6	-8
003	4	3	6	+2
004	11	7	7	-4
005	25	20	13	-12
006	12	8	10	-2
007	4	13	9	+5
008	14	12	-	-
009	10	8	14	+4
010	9	-	-	-
012	15	17	18	+3

Primary Care Functioning Scale (PCFS) – subschaal ‘Participatie’

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	2	2	2	0
002	5	5	5	0
003	4	3	5	+1
004	4	4	5	+1
005	5	5	5	0
006	5	4	3	-2
007	1	1	1	0
008	4	3	-	-
009	5	4	4	-1
010	5	-	-	-
012	5	5	5	0

Remoralisatieschaal (RS)

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	30	37	32	+2
002	30	33	36	+6
003	12	25	20	+8
004	37	36	33	-4
005	18	17	17	-1
006	25	26	36	+11
007	37	36	48	+11
008	27	25	-	-
009	30	36	36	+6
010	25	-	-	-
012	27	33	32	+5

Verkorte Eenzaamheidsschaal

Emotionele eenzaamheid

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	2	3	2	0
002	3	3	2	-1
003	3	2	3	0
004	1	2	0	-1
005	2	3	3	+1
006	3	2	1	-2
007	2	2	0	-2
008	3	2	-	-
009	3	2	0	-3
010	3	1	-	-
012	3	3	3	0

Sociale eenzaamheid

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	0	0	2	+2
002	3	2	3	0
003	3	2	2	-1
004	2	3	1	-1
005	3	3	3	0
006	3	3	3	0
007	0	2	0	0
008	3	2	-	-
009	1	3	0	-1
010	3	1	-	-
012	3	3	3	0

Eenzaamheid totaal

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	2	3	4	+2
002	6	5	5	-1
003	6	4	5	-1
004	3	5	1	-2
005	5	6	6	+1
006	6	5	4	-2
007	2	4	0	-2
008	6	4	-	-
009	4	5	0	-4
010	6	2	-	-
012	6	6	6	0

Zinvol leven

Subschaal 'Presence'

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	24	25	17	-7
002	22	21	22	0
003	10	16	15	+5
004	20	20	20	0
005	7	11	11	+4
006	16	15	27	+11
007	25	30	35	+10
008	18	14	-	-
009	22	23	29	+7
010	16	24	-	-
012	11	15	16	+5

Subschaal 'Search'

Deelnemer	Totaalscore T0	Totaalscore T1	Totaalscore T2	Vershil T0 en T2
001	22	24	23	+1
002	30	25	25	-5
003	20	25	30	+10
004	21	22	20	-1
005	20	14	29	+9
006	12	21	16	+4
007	28	22	29	+1
008	23	15	-	-
009	26	24	21	-5
010	32	21	-	-
012	30	27	30	0