

Illness Management and Recovery 3.0

Werkblad beschrijving interventie

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam	Netwerk IMR/Saxion Hogeschool
Adres	Handelskade 75
Postcode	7417 DH
Plaats	Deventer

Contactpersoon

Naam	Marijke Brugman
Adres	Handelskade 75
Postcode	7417 DH
Plaats	Deventer
Email	m.j.brugman@saxion.nl
Telefoon	06 12368599

Het Werkblad moet een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie zijn en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgende criteria voor beoordeling. Kijk in de handleiding die bij dit werkblad hoort ter ondersteuning bij het invullen van dit werkblad.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties:



Inhoud

Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	5
1. Probleemomschrijving.....	5
2. Beschrijving interventie.....	6
3. Onderbouwing.....	12
4. Uitvoering.....	19
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	23
6. Onderzoek naar de effectiviteit	24
7. Aangehaalde literatuur	31

Samenvatting

Doelgroep

Het Illness Management and Recovery (IMR) programma is gericht op volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen, bij wie sprake is van ernstige beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren.

Doel

Het doel van de IMR-training is cliënten te ondersteunen in het ontdekken van eigen kracht en mogelijkheden om hun ziekte te managen, persoonlijke doelen te bereiken en geïnformeerde keuzes te maken door het opdoen van kennis en vaardigheden.

Aanpak

Het programma wordt ondersteund door uit elf werkboeken met de thema's: werken aan hersteldoelen; kennis over psychiatrische ziekten; stress kwetsbaarheidsmodel; sociale steun; bewust omgaan met medicatie; omgaan met verslaving; voorkomen van terugval; omgaan met stress; omgaan met problemen en symptomen; zorg managen en gezond leven. In het eerste werkboek formuleert de cliënt een persoonlijke hersteldoel. In de volgende werkboeken wordt inzicht verworven in de ziekte en leert men psychiatrische klachten hanteren. De cliënt werkt zo naar zijn persoonlijke hersteldoel.

IMR is een herstel georiënteerd programma dat zowel groepsgewijs als individueel uitgevoerd wordt. Indien het programma groepsgewijs plaatsvindt gebeurt dit door een tweetal trainers, meestal een ervaringsdeskundige met een verpleegkundige.

De attitude van de trainers is gebaseerd op de kernwaarden van de herstel ondersteunende zorg. Daarnaast worden door de gehele training heen steeds een drietal effectief gebleken strategieën gebruikt. Het gaat om motiverende strategieën, educatieve strategieën en strategieën uit de cognitieve gedragstherapie. Het programma wordt ondersteund met huiswerkopdrachten.

Materiaal

Werkboeken zijn beschikbaar voor trainers en deelnemers. De werkboeken voor de deelnemers bevatten informatie, invulformulieren en huiswerkopdrachten.

De trainershandleiding beschrijft de doelen van de IMR-training en legt uit hoe motivatie, educatie en cognitieve gedragstherapeutische strategieën toegepast worden.

Onderbouwing

Het Stress-Kwetsbaarheidsmodel en het Trans-Theoretisch Model staan aan de basis van de IMR-training. Het stress-kwetsbaarheidsmodel beschrijft dat zowel biologische kwetsbaarheid als stress invloed hebben op psychiatrische symptomen en terugval kunnen veroorzaken. Door kwetsbaarheid te verminderen en stress beter te hanteren kan het beloop van de ziekte gunstig beïnvloed worden. Het Trans-Theoretisch Model beschrijft hoe mensen in verschillende stappen komen tot gedragsverandering. IMR wekt verander-motivatie op door het vaststellen van persoonlijke hersteldoelen.

Onderzoek

De IMR-training is gebaseerd op evidence-based methodieken en is als zelfstandig programma effectief gebleken. De resultaten van vier Randomized Controlled Trials (RCT) en zes quasi-experimentele effectstudies laten zien dat IMR een bijdrage levert aan het managen van de ziekte en persoonlijk herstel. Dankzij IMR daalt het aantal ziekenhuisopnames en verbetert het medicijngebruik. In Nederland zijn nog geen effectstudies uitgevoerd. Twee studies zijn in voorbereiding. De IMR-schalen zijn in het Nederlands vertaald en positief getest op psychometrische eigenschappen.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

Het Illness Management and Recovery (IMR) programma is ontwikkeld voor volwassenen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA), grote kwetsbaarheid en gevoeligheid voor stress. De EPA is structureel aanwezig en bestaat minimaal al enkele jaren. De EPA is oorzaak en gevolg van meestentijds ernstige beperkingen in sociaal en/of maatschappelijk functioneren. Demoralisering dreigt door beperkingen en faalervaringen (Staring & van den Berg, 2010). Het verlies van sociale status, vermijding, isolatie ondermijnt de hoop op een volwaardig leven (Michail & Birchwood, 2013). Mensen met EPA hebben vaak last van een laag zelfbeeld, verminderde persoonlijke effectiviteit, zelf-discriminatie en terugtrekgedrag. Er is verband tussen zelfstigma en afgenomen doelvaardigheid door het 'why-try' effect. Vermijding wordt ingezet als coping voor het omgaan met devaluatie (P.W. Corrigan & Rao, 2013). Het ervaren van psychiatrische symptomen kan mensen overweldigen en het er mee omgaan heeft vaak het karakter van overleven.

Spreiding

Op basis van statistische gegevens van CBS en GGZ Nederland valt af te leiden dat in Nederland ±160.000 mensen (tussen 18-64 jr) behoren tot de EPA groep, inclusief verslavingszorg en forensische zorg. De reguliere GGZ behandelt de meeste mensen met EPA, maar de groep is ook te vinden in de verslavings- en de forensische zorg, de bemoezorg door de gemeentes, de maatschappelijke opvang en in gevangenissen. De diagnostische verhoudingen binnen de EPA groep zijn 31% schizofrenie, 19% psychosespectrum, 10 % depressie of bipolaire stoornis plus een psychose, 10 % verslaving en 30 % restgroep waaronder: autisme, angststoornis, ernstige depressie of persoonlijkheidsstoornis.

EPA is niet gelijkmatig over het land verspreid. In dichtbevolkte gebieden kan het percentage 2,5 keer hoger zijn dan gemiddeld en in sommige wijken van 6000 inwoners kan het percentage een factor 6 verhoogd zijn ten opzichte van even grote wijken elders. De verschillen houden onder andere verband met een lage sociaal economische status van een woonwijk en een verminderde sociale cohesie (Delespaul, 2013).

Gevolgen

GGZ Nederland (Olij & De Haan, 2009) beschrijft in haar visiedocument dat mensen met EPA niet alleen last van hun ziekte hebben, maar ook van de indirecte gevolgen. Werk is moeilijker te vinden, met een slechte financiële positie als gevolg. Sociale rollen en relaties zijn verstoord. Vaak krijgen mensen te maken met stigmatisering.

Een passieve afwachtende manier om met de problemen om te gaan verergeren de problemen vaak (Goossens, Knoppert-van der Klein, & Van Achterberg, 2008) en verhogen de kans op terugval. In IMR onderzoek zijn in de controle groepen hogere aantallen heropnames gerapporteerd (Färdig, Lewander, Melin, Folke, & Fredriksson, 2011; Hasson-Ohayon, Roe, & Kravetz, 2007; Levitt et al., 2009). Dit belast ons zorgstelsel.

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

IMR is bedoeld voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, die daardoor ernstig beperkt worden in hun dagelijkse functioneren. In de praktijk wordt de IMR ingezet voor alle diagnosegroepen binnen de EPA groep.

Intermediaire doelgroep

Voor het IMR programma zijn geen intermediaire doelgroepen vast gesteld

Selectie van doelgroepen

De indicatie voor de IMR-training wordt in de praktijk voorbesproken met een cliënt door een behandelaar. Samen wordt daarna besloten of de cliënt deelneemt aan de IMR-training. De psycho-educatieve IMR module 'krijgen van kennis over de psychiatrische ziekte' is geschreven voor volwassenen met de schizofrenie, schizo-affectieve stoornis, bipolaire stoornis, depressie en borderline persoonlijkheidsstoornis. In de praktijk blijkt dat volwassenen met een andere EPA ook van IMR kunnen profiteren. Zij herkennen zich in de gemeenschappelijke problematiek die veelal bepaald wordt door rolverlies, beperkingen en faalervaringen.

Alvorens een cliënt deelneemt aan een IMR-training vindt er een kennismakingsgesprek plaats met de trainers. In een aantal instellingen wordt de volgende procedure gehanteerd: een cliënt werkt individueel met een behandelaar aan het eerste werkboek waarbij de cliënt een persoonlijk hersteldoel opstelt, waarna een cliënt aangemeld wordt voor de totale IMR-training.

Contra indicaties: Cliënten zullen moeite hebben met het volgen van de IMR-training als zij niet goed kunnen communiceren in de Nederlandse taal. Als de communicatie met de cliënt sterk beïnvloedt wordt door floride psychiatrische problematiek wordt geadviseerd het volgen van de IMR-training uit te stellen.

Ook cliënten met laaggeletterdheid en ernstige cognitieve beperkingen hebben moeite de IMR-training te volgen. Aan de vereenvoudigde versie van de IMR-training voor deze doelgroep wordt nog gewerkt. Deze is op dit moment nog niet beschikbaar in het Nederlands.

Echter dit is geen beperking om de IMR te volgen. In de huidige praktijk worden voor deze doelgroep aparte groepen opgezet zodat het tempo van de training aangepast kan worden.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van IMR is cliënten te ondersteunen bij het ontdekken van eigen kracht en mogelijkheden om:

- hun eigen hersteldoelen te bereiken;
- hun eigen ziekte te managen;
- hun eigen (geïnformeerde) keuzes te maken ten aanzien van hun behandeling door het opdoen van de benodigde kennis en vaardigheden.

De focus van de IMR-training ligt op de individuele cliënt en zijn keuzemogelijkheden, het bevorderen van sociale participatie, het bevorderen van zelfbepaling, het ondersteunen van persoonlijk herstel, het aanleren van vaardigheden om met hun gevoeligheid en kwetsbaarheid om te leren gaan. IMR is gericht op het delen en ontwikkelen van ervaringskennis.

Subdoelen

De IMR-training bestaat uit een elftal werkboeken. Ieder werkboek binnen de IMR-training kent zijn eigen doel. In de volgorde van de werkboeken zijn de volgende doelen te onderscheiden:

Werkboek	Doelen per werkboek
1 Werken aan hersteldoelen	De cliënt is hoopvol over het bereiken van belangrijke en persoonlijke doelen
2 Krijgen van kennis over de psychiatrische ziekte	De cliënt kent algemene feiten over ziektebeelden en heeft ziekte inzicht
3 Stress-kwetsbaarheidsmodel	De cliënt heeft inzicht in de invloed van stress en kwetsbaarheid op de ziekte
4 Sociale steun	De cliënt heeft een steunend netwerk
5 Bewust omgaan met medicatie	De cliënt kan effectief omgaan met medicatie
6 Omgaan met verslaving	De cliënt heeft controle over het gebruik van middelen
7 Voorkomen van een terugval	De cliënt is in staat terugval te voorkomen of hoeft minder vaak opgenomen te worden
8 Omgaan met stress	De cliënt is in staat met stress om te gaan
9 Omgaan met problemen en symptomen	De cliënt is in staat met steeds terugkerende problemen en blijvende symptomen om te gaan
10 Zorg managen	De cliënt is in staat de GGZ-zorg te krijgen die nodig is.
11 Gezond leven	De cliënt is in staat een gezond leven te leiden

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

IMR is een herstel-georiënteerde training die zowel groepsgewijs als individueel uitgevoerd wordt. Een groep bestaat gemiddeld uit acht personen.

IMR 3.0 heeft elf werkboeken met in totaal 56 hoofdstukken (zie figuur 1). Afhankelijk van het verloop en de frequentie kan de IMR een half tot een heel jaar duren.

De start is altijd met werkboek 1: het formuleren van persoonlijke doelen.

In de vervolg werkboeken staan steeds onderwerpen centraal die de cliënt kennis en vaardigheden aanreiken om te leren omgaan met obstakels die het bereiken van het persoonlijke doel bemoeilijken. Met behulp van de tien vervolg werkboeken wordt inzicht verworven in de ziekte en leert men psychiatrische klachten effectief te hanteren. Zo kan de cliënt de kracht en mogelijkheden ontdekken om persoonlijke hersteldoel(en) te bereiken en een gevoel van identiteit op te doen, zodat het mogelijk is boven de ziekte uit te groeien. Al naar gelang de behoefte van de cliënt of de groep cliënten neemt het ene werkboek meer tijd in beslag dan het andere.



Figuur 1. Elf werkboeken van de IMR 3.0

Locatie en uitvoerders

De IMR-trainingen worden in Nederland veelal uitgevoerd binnen klinische en poliklinische settings, maar ook binnen Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-teams.

Momenteel werken onderdelen van de volgende organisaties, die aangesloten zijn bij het Nederlands IMR netwerk, met IMR: Dimence, ARBE dienstverlening, GGNet, GGZ centraal, Inforsa, RIBW groep Overijssel, Lentis en GGZ Oost Brabant, GGzE.

Ook de instellingen Bavo-Europoort, Yulius, Rivierduinen en Altrecht geven de IMR-training.

Indien het programma groepsgewijs wordt aangeboden gebeurt dit door een tweetal trainers.

Meestal betreft het een combinatie van een ervaringsdeskundige en een verpleegkundige. Met individuele cliënten wordt IMR door zowel verpleegkundigen als ervaringsdeskundigen uitgevoerd.

Inhoud van de interventie

Iedere IMR sessie kent dezelfde opbouw. Het begint met een informeel rondje waarin bijvoorbeeld goed nieuws wordt uitgewisseld. Vervolgens wordt teruggekeken op de vorige sessie en wordt het huiswerk besproken. Hierna wordt besproken hoe mensen verder gekomen zijn met de stappen in de richting van hun persoonlijk hersteldoel. Daarna komt de inhoud van het werkboek aan bod.

Elk werkboek bevat een aantal hoofdstukken. Per sessie wordt een hoofdstuk behandeld. Soms zijn er meerdere sessies nodig voor een hoofdstuk. Naar behoefte wordt de tekst voorgelezen, of wordt er zelfstandig gelezen. Vervolgens wordt over de inhoud gediscussieerd, waarbij een ieder wordt uitgenodigd om zijn eigen ervaringen aangaande de inhoud van het werkboek te vertellen.

Gezamenlijk worden daarna de oefeningen en invulwerkbladen uit de werkboeken behandeld.

Elke bijeenkomst eindigt met twee soorten huiswerkopdrachten. Eén opdracht richt zich op hetgeen de deelnemer in de bijeenkomst heeft geleerd en hoe hij dat in de week erna in zijn dagelijks leven kan oefenen. De andere opdracht richt zich op het persoonlijk hersteldoel.

Een van de huiswerkopdrachten is vaak het bespreken van de inhoud van het werkboek met een belangrijke ander. De bijeenkomst wordt afgesloten met een samenvatting en het benoemen van de geboekte vooruitgang.

De IMR-trainers hanteren bij de bijeenkomsten de volgende structuur:

- 1 Start met een informeel praatje
 - 2 Terugblik op de vorige sessie
 - 3 Terugblik op de huiswerkopdracht
 - 4 Bespreek de follow-up op doelen
 - 5 Bespreek de agenda voor de huidige bijeenkomst
 - 6 Behandel nieuwe materialen uit het werkboek
 - 7 Geef invulling aan huiswerkopdrachten in samenspraak met de cliënt
 - 8 Vat de bijeenkomst samen en sta stil bij de vooruitgang
-

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

De IMR-training is oorspronkelijk ontwikkeld in Amerika door Kim Mueser en Susan Gingerich. De eerste versie is ontwikkeld na een uitgebreid literatuuronderzoek naar effectief gebleken psychiatrische behandelmethodes gericht op het aanleren van zelfmanagement strategieën (Mueser et al., 2002, 2006). De ontwikkeling van het programma (en de twee vervolgvorsies) is begeleid door een groep van belanghebbenden, waaronder cliënten en familieleden van cliënten. IMR is in Nederland geïntroduceerd in 2009, nadat de training is vertaald door medewerkers van GGZ Leiden. In 2014 is de IMR 3.0 versie uit het Amerikaans vertaald en bewerkt door medewerkers van de Saxion Hogeschool en het IMR netwerk (2014). Een aantal onderwerpen zijn aan de Nederlandse context aangepast. Dit betreft Nederlandse patiëntenverenigingen; verslavende middelen die in Nederland veelvuldig gebruikt worden en het Nederlandse hulpverleningsnetwerk. Deze vertaling en aanvullingen zijn becommentarieerd door cliënten die aan de IMR training deelnamen.

Buitenlandse interventie

De Nederlandse IMR 3.0 is samengesteld uit de IMR 2.0 vertaling van GGZ Leiden en de 3.0 versie uit Amerika. Saxion Hogeschool heeft de permissie gekregen om deze Amerikaanse versie te mogen vertalen voor de Nederlandse gebruikers. Het taalgebruik en de voorbeelden zijn aangepast aan de Nederlandse cultuur. Aan deze Nederlandse versie 3.0 versie hebben cliënt deelnemers, trainers en studenten van Saxion meegewerkt.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Er zijn meerdere methodieken die een bijdrage hopen te leveren aan het herstel van de cliënten. Bijvoorbeeld: Individual Placement and Support (IPS), Wellness Recovery Action Plan (WRAP), rehabilitatiemethodieken als Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) en de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). De IRB is erkend door de Erkenningscommissie Langdurige GGZ en wordt opgenomen in de databank.

IPS en WRAP zijn inzetbaar op onderdelen van het herstelproces. IPS heeft betrekking op het vinden van werk gerelateerde activiteiten. WRAP heeft betrekking op het voorkomen van een terugval. De SRH en IRB zijn net als de IMR breder inzetbare methodieken.

Overeenkomsten en verschillen

Overeenkomsten

De grootste overeenkomst tussen deze methodieken (zie vorige alinea) en IMR is gelegen in de herstelgeoriënteerde benadering. De hersteldoelen van de cliënt zelf staan centraal. De methodieken hopen een bijdrage te kunnen leveren aan het herstel van de cliënt.

De attitude van de hulpverlener is herstelgericht. Deze attitude kenmerkt zich door een hoopvolle houding van de hulpverlener; een aandachtige aanwezigheid; de hulpverlener erkent het belang van het eigen verhaal van de cliënt; herkent en stimuleert het benutten van de eigen kracht van de cliënt (empowerment), erkent, benut en stimuleert de ervaringskennis van de cliënt; gebruikt zijn eigen professionele referentiekader op terughoudende wijze en erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen en is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van de autonomie (Dröes, 2012).

De IRB methodiek verdeelt het begrip herstel in een aantal aspecten: het herstel van gezondheid, het herstel van rollen en dagelijks functioneren en het herstel van identiteit (Dröes & Plooy, 2010). Deze aspecten zijn ook terug te vinden in de hersteldoelen die cliënten zichzelf stellen tijdens de IMR trainingen. Doelen zijn bijvoorbeeld: Ik wil geen last meer hebben van mijn stemmen (herstellen van gezondheid), ik wil weer aan het werk gaan (herstellen van rollen), ik wil meer structuur in mijn leven hebben (herstellen van dagelijks functioneren) of ik wil meer zelfvertrouwen krijgen (herstellen van identiteit) (Resing, 2012).

Vershil

Het grote verschil tussen de IMR en de andere methodieken is dat IMR ook groepsgericht aangeboden wordt. Daarnaast richt de IMR-training zich meer op herstellen van gezondheid door het bevorderen van zelfmanagement van de symptomen die bij de ziekte horen. De IRB en SRH methodieken leggen meer het accent op herstellen van maatschappelijke rollen.

Toegevoegde waarde

De IMR-training slaat een brug tussen de herstelbenadering en effectief bewezen psychiatrische behandelingen en leert de cliënt deze zelf toe te passen. De IMR geeft duidelijke handvatten voor het toepassen van de methodiek. De werkboeken geven gestructureerd de nodige informatie op basis waarvan een cliënt zelf keuzes over zijn eigen behandeling kan maken. De IMR geeft meer ruimte om over de ziekte te praten en te leren omgaan met de symptomen van de ziekte. De toegevoegde waarde is dat het leren omgaan met de ziekte altijd ten dienste staat van het bereiken van de persoonlijke hersteldoelen. De IMR onderdelen zijn complementair. Indien de cliënt graag aan het werk wil, zal hij zijn doelen daarop aanpassen. Daarnaast onderzoekt hij binnen de IMR hoe hij beter om kan gaan met bijvoorbeeld de stress die het gevolg is van het zoeken of uitvoeren van werk. Hij kan onderzoek doen naar welk werk hij het liefst wil doen en welke vaardigheden en hulpbronnen hij nodig heeft om zijn doel te bereiken (Goossens, de Vries, & Brugman, 2013).

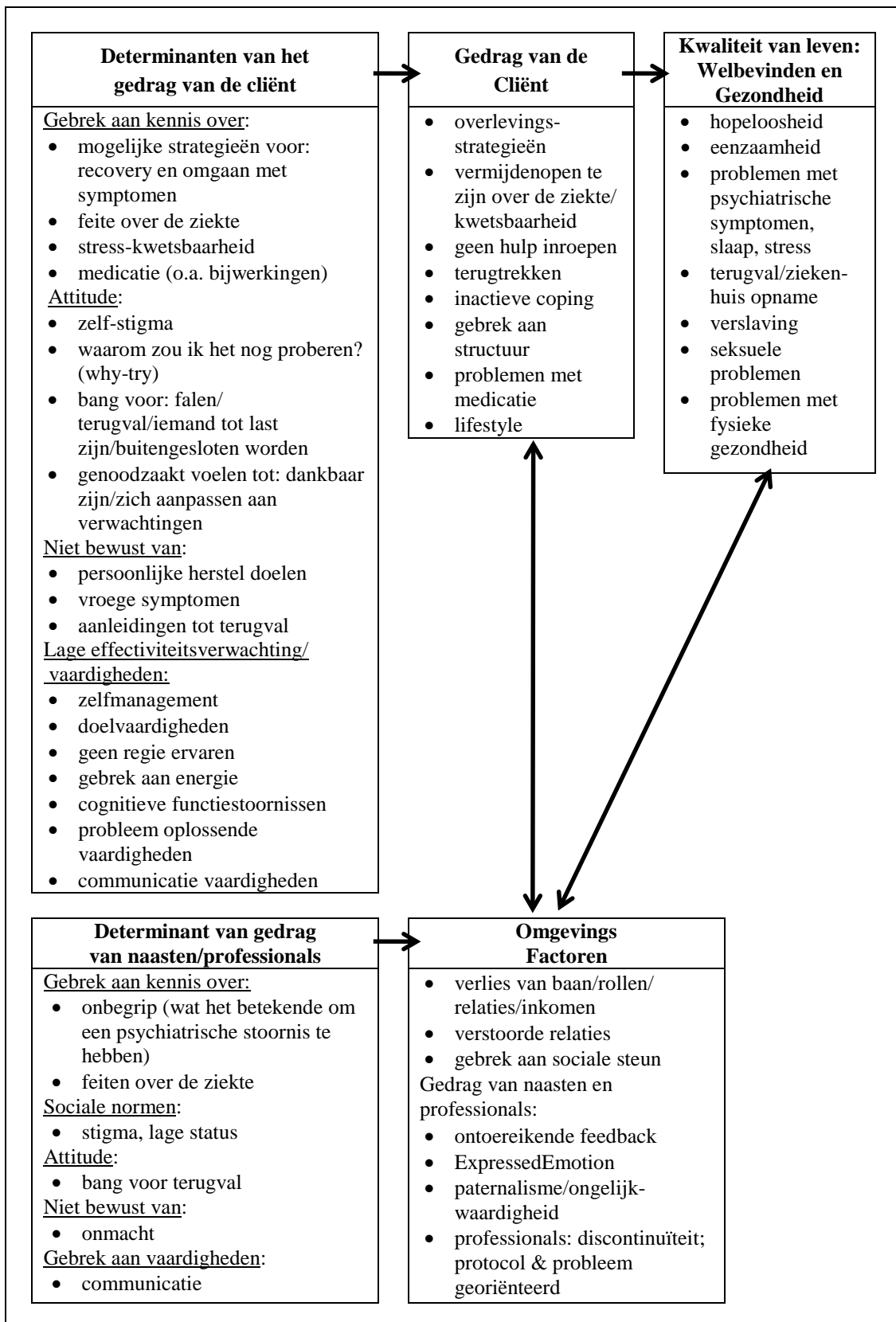
De groepsgerichte aanpak geeft tevens de mogelijkheid cliënten onderling ervaringen te laten uitwisselen, zodat de cliënt ontdekt dat anderen soortgelijke ervaringen hebben. Een ander voordeel is het gegeven dat de mensen veel leren van elkaar.

Een nadeel kan zijn dat mensen in een verschillend tempo leren. Daar staat tegenover dat de volgorde en duur makkelijker aan één persoon kunnen worden aangepast. Die ene persoon met zijn verhaal blijft te allen tijde in de werkboeken centraal staan (Brugman, Resing, & Goossens, 2013).

3. Onderbouwing

Oorzaken

Een onderstaande schema geeft een overzicht van de factoren die het probleem veroorzaken (Figuur 2.). Dit schema geeft rechts de factoren weer die de kwaliteit van leven bepalen. De kwaliteit van leven wordt beïnvloed door het gedrag van de cliënt, dat weer bepaald door de determinanten in de linker rij. Dit schema is niet onuitputtelijk. Het is een poging een globaal overzicht te geven van de mogelijke factoren. Dit schema is opgesteld met behulp van een ontwikkelgroep voor een onderzoek naar de elektronisch vorm van IMR (zie verder bij onderzoek). In deze groep zitten 6 cliënten, 2 trainers (waarvan een ervaringsdeskundig), een naast betrokkene en twee onderzoekers.



Figuur2. PRECEDE model van gezondheidsproblemen van mensen met EPA

De kwaliteit van leven hangt samen met de intensiteit van symptomen, eenzaamheid en mogelijke terugval of crisis die in een ziekenhuis opname kan resulteren. Het welbevinden of de gezondheid wordt bepaald door het hopeloos voelen, problemen met de symptomen en fysieke gezondheid, verslaving, slaap en seksualiteit.

De kwaliteit van leven wordt beïnvloed door het gedrag van de cliënt dat gekenmerkt wordt door de dagelijkse strijd om overeind te blijven met overlevingsstrategieën, vermijding van het zoeken van hulp, gesloten zijn over je kwetsbaarheid of ziekte, het op zijn beloop laten van problemen, gebrek aan structuur.

Dit gedrag kan gezien de omstandigheden zeer begrijpelijk zijn, vaak gaat deze gepaard met een zekere vindrijkheid van de cliënt. Het kan ook resulteren in een houding van ‘waarom zou ik nog wat proberen?’ (Why-Try) (Corrigan, Larson, & Rüsç, 2009; Corrigan, Rafacz, & Rüsç, 2011). Dit is een van de genoemde achterliggende factoren (determinanten) van dit gedrag. Andere determinanten zijn: kennis (van de ziekte en mogelijkheden), bewustwording (eigen doelen, vroege signalen), attitude (why-try, zelfstigma, angst voor terugval, afwijzing, falen), vaardigheden en de eigen effectiviteitsverwachting ervan (doelen stellen, omgaan met symptomen, communicatie), en sociale invloed (gedrag van naasten en professionals). Deze laatste is onderin het schema apart weergegeven met enkele determinanten van deze factoren in naasten en professionals.

Dit schema is vorm gegeven aan de hand van het PRECEED model zoals dat gebruikt wordt binnen het Intervention Mapping Protocol (Bartholomew, Pracel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2011).

Aan te pakken factoren

IMR probeert de determinanten van de problematiek uit het voorgaande schema aan te pakken. De IMR-training tracht deze factoren te veranderen waardoor cliënten weer hoop en kracht krijgen hun eigen leven te beïnvloeden in een door henzelf gewenste richting. Het volgend schema geeft de gedragsdoelen van de IMR-training weer.

In dit schema staan in de linker kolom de werkboeken genoemd. In de tweede kolom zijn de gedragsdoelen benoemd die in de werkboeken aangeleerd worden. In de volgende kolommen staan de specifieke leerdoelen, die geordend zijn onder de genoemde determinanten. Deze leerdoelen zullen de cliënt in staat stellen het beoogde gedrag uit te voeren. Deze wijze van structureren van deze informatie is gebaseerd op het Intervention Mapping Protocol (Bartholomew, Pracel, Kok, Gottlieb, & Fernández, 2011).

Tabel 2. Gedragsdoelen en concrete leerdoelen per werkboek

Werkboek	Gedragsdoelen	Concrete leerdoelen gericht op verandering van de determinanten			Vaardigheden / Eigen Effectiviteitsverwachting	Bewustzijn / Verwachte uitkomst
		Kennis	Normen	Attitude		
1 Werken aan herstel doelen	C plant en voert de stappen uit die gericht zijn op het bereiken van zijn persoonlijk hersteldoel (zie ook 4: betrekken van sociale steun bij uitvoeren van stappen naar een doel)	C omschrijft wat herstel voor hem betekend C stelt een persoonlijk hersteldoel	C herkent dat mensen met EPA doelen kunnen bereiken en daarvoor de kracht hebben C herkent dat iedereen wel eens faalt, dat dit niet fout is	C * het oppakken van doelen de moeite waard is C is hoopvol over de toekomst	C ** persoonlijke doelen op te delen in lange termijn, korte termijn en kleine haalbare stappen C ** de geplande stappen uit te voeren C ** problemen horende bij de het uitvoeren van de stappen op te lossen	C is zich bewust van zijn wensen en persoonlijke doelen
2 Kennis krijgen over psychiatrische ziekten	C neemt geïnformeerde beslissingen over zijn behandeling van zijn psychiatrische ziekte C gaat actief om met stigma	C benoemt zijn persoonlijke symptomen en feiten over zijn EPA C benoemt beroemde mensen met EPA C benoemt mogelijke behandeling voor EPA C beschrijft stigma en benoemd manieren om met stigma om te gaan	C herkent dat lotgenoten dezelfde symptomen hebben, dat hij niet de enige is, dat lotgenoten respectabele mensen zijn	C * open zijn isolatie kan opheffen C * EPA bestaat; EPA hebben ≠ EPA zijn; C heeft zelfrespect C * het belang van de eigen mening over de behandeling C * stigma bestaat	C ** open te zijn over zijn symptomen C ** deel te nemen aan het gezamenlijk nemen van behandel beslissingen C ** stigma te herkennen en actief te hanteren	C verwacht dat open zijn tot erkenning kan leiden C is zich bewust van stigma
3 Stress Kwetsbaarheids-Model	C gaat actief om met de kwetsbaarheid	C beschrijft de relatie tussen stress, biologische kwetsbaarheid, symptomen, en terugval C benoemt manier om actief om te gaan met stress	C herkent dat lotgenoten dezelfde kwetsbaarheden hebben	C * stress bestaat; stress hebben ≠ stress zijn C gelooft dat hij het verloop van de EPS kan beïnvloeden	C ** schrijft symptomen toe aan een verstoord evenwicht tussen stress en kwetsbaarheid	C verwacht dat actief met stress omgaan leidt tot minder symptomen en terugval
4 Sociale Steun	C vergroot het aantal mogelijkheden om contacten aan te gaan C is open en betreft anderen bij zijn herstel, bv bij: behalen van persoonlijke doelen; symptomen; stress; hunkering; voorkomen terugval; leefstijl	C benoemt plekken waar hij andere mensen kan ontmoeten (lotgenoten) C benoemt strategieën om dichter bij andere mensen te komen C benoemt mensen die hem respecteren C benoemt mensen die hem kunnen steunen	C herkent dat anderen informatie nodig hebben om zijn EPA te kunnen begrijpen	C * hij gelijk is aan andere mensen C waardeert het contact met lotgenoten C * een afhankelijkheid die kracht en mogelijkheden biedt	C ** sociale vaardigheden te hanteren om dichter bij mensen te komen en/of afstand te houden C ** anderen te informeren over EPA C ** uit te leggen (en te vragen) wat anderen kunnen doe nom hem te steunen	C is zich bewust van andermans gevoelens en verwachtingen C is zich bewust van stigma bij anderen C is zich bewust van andermans angst voor terugval C verwacht dat de steun helpt zijn doelen te bereiken
5 Bewust omgaan met medicatie	C neemt geïnformeerde beslissingen over zijn medicatie (welke, dosis, stoppen) C neemt medicatie zoals (indien) voorgeschreven	C benoemt feiten over medicatie C benoemt eigen voor- en nadelen van medicatie: C benoemt persoonlijke minimaal effectieve dosis		C * een eigen mening over je medicatie belangrijk is C * het belang van medicatie C accepteert bijwerkingen	C ** deel te nemen aan het gezamenlijk nemen van beslissingen over medicatie C ** medicatie regelmatig in te nemen C ** medicatie aan te passen aan zijn toestand	C verwacht dat medicatie helpt om zijn doelen te bereiken

6	Omgaan met verslaving	C neemt geïnformeerde beslissingen over zijn verslaving Als C besluit te stoppen met middelen misbruik (zie ook 4: betrekken anderen bij hanteren van hunkering)	C benoemt persoonlijke voor- en nadelen middelen gebruik C de biologische achtergrond van verslaving C benoemt situaties met een hoog-risico C benoemt strategieën om met hunkering en hoog-risico situaties om te gaan		C * verslaving is een ziekte C * het persoonlijk belang om te stoppen met middelen misbruik	C ** om te gaan met hunkering en hoog-risico situaties	C monitort hunkering C verwacht dat onthouding helpt bij het bereiken van zijn doelen
7	Voorkomen van een terugval	C gaat actief om met vroege symptomen en stressoren (zie ook 4: betrekken van anderen bij het voorkomen van terugval)	C benoemt eigen vroege symptomen en stressoren C beschrijft persoonlijke strategieën in een signaleringsplan		C * hij de expert is over zijn EPA C * zijn stress-kwetsbaarheid	C ** volgens het signaleringsplan om te gaan met vroege symptomen en stressoren	C monitort symptomen en stressoren C verwacht dat actief een terugval voorkomen helpt om zijn doelen te bereiken
8	Omgaan met Stress	C gaat actief om met stress (zie ook 4: betrekken van anderen bij het omgaan met stress)	C benoemt eigen signalen van stress (psychologisch en lichamelijk), stressoren en dagelijkse besommeringen C benoemt eigen strategieën om met stress om te gaan en/of te voorkomen	C herkent dat iedereen wel eens stress heeft	C * zijn stress-kwetsbaarheid	C ** actief om te gaan met stress en stressoren C ** ontspannings-oefeningen te doen	C monitort stress & stressoren C verwacht dat actief omgaan met stress help om zijn doelen te bereiken
9	Omgaan met problemen en symptomen	C gaat actief om met blijvende symptomen (zie ook 4: betrekken van anderen bij omgaan met symptomen)	C benoemt de eigen blijvende symptomen C benoemt eigen strategieën om de intensiteit van symptomen te verminderen		C * symptomen horen bij de EPA ≠ persoons-kenmerk C * zijn stress-kwetsbaarheid	C ** actief om te gaan met blijvende symptomen	C monitort symptomen C verwacht dat actief omgaan met symptomen helpt om zijn doelen te bereiken
10	Zorg managen	C neemt geïnformeerde beslissingen over zijn behandeling C heeft een inkomen dat past bij zijn situatie (zie ook 4: betrekken van anderen bij omgaan met instanties)	C benoemt behandel mogelijkheden C benoemt mogelijke uitkering en/of inkomen	C herkent dat lotgenoten gerespecteerd worden ondanks afhankelijkheid van een uitkering	C * het belang van zijn eigen mening over zijn behandeling C staat zichzelf toe om afhankelijk te zijn van een uitkering	C ** deel te nemen aan het gezamenlijk nemen van beslissingen C ** om te gaan met instanties C ** om te gaan met een klein financieel budget	C verwacht dat een effectieve behandeling helpt om zijn doelen te bereiken
11	Gezond leven	C neemt geïnformeerde beslissingen over gezonde leefstijl (zie ook 4: betrekken van anderen bij veranderen van leefstijl) C heeft regelmatig lichamelijk onderzoek die hoort bij zijn medicatie	C benoemt de eigen voor- en nadelen van zijn leefstijl/gewoonten C benoemt wat een gezonde leefstijl/gewoonten zijn C benoemd lichamelijke risico's horende bij zijn medicatie		C waardeert lichamelijke gezondheid	C ** uitvoeren en volhouden van gezonde leefstijl/gewoonten	C monitort zijn leefstijl (voeding, bewegen, slapen) C verwacht dat gezond zijn helpt: om te gaan met symptomen, stress, bereiken van doelen

C = Client; * = erkent dat; ** = benoemt vertrouwen te hebben in zijn vaardigheden om; EPA = Ernstig Psychiatrische Aandoening

Verantwoording

Het door Zubin & Spring (1977) geïntroduceerde stress-kwetsbaarheidsmodel staat aan de basis van de IMR-training. Het model beschrijft dat zowel biologische kwetsbaarheid als stress invloed hebben op psychiatrische symptomen en een terugval kunnen veroorzaken. Door de kwetsbaarheid te verminderen en het vermogen om met stress om te gaan te vergroten verbetert het beloop van de ziekte.

IMR maakt gebruik van principes uit het Trans-Theoretisch Model van de fases in gedragsverandering (Prochaska, Redding, & Evers, 2008). Dit model benoemt dat de motivatie tot verandering aangewakkerd wordt door onder andere: herinterpretatie van eerdere ideeën omtrent het nieuwe en oude gedrag, het afwegen van de voor- en nadelen van het nieuwe en oude gedrag en de toename van positieve bekrachtiging van resultaten van het nieuwe gedrag. In de IMR-training wordt de aanzet hiertoe gegeven door het bieden van hoop en het faciliteren van de haalbaarheid van persoonlijke hersteldoelen (Gingerich & Mueser, 2011). Het versterken van de intentie tot gedragsverandering wordt ook beschreven binnen het Integrated Behavioral Model (Montaño & Kasprzyk, 2008). Dit model geeft aan dat de intentie tot gedragsverandering ingegeven wordt door de attitude, waarden en normen en de eigen effectiviteitsverwachting. Het praten over de ziekte, zoals dat binnen de IMR training gestimuleerd wordt, draagt bij aan het verminderen van het zelfstigma (Corrigan & Rao, 2013).

Door de gehele training heen worden steeds een drietal effectief gebleken strategieën gebruikt (Mueser et al., 2006). Het gaat om motiverende strategieën, educatieve strategieën en strategieën uit de cognitieve gedragstherapie. Daarnaast ondersteunen de huiswerkopdrachten de eerder genoemde strategieën.

Voor de trainers is een hoopvolle houding van cruciaal belang. De trainers zijn sterk gericht op het inzetten van de ervaringskennis van de deelnemer, het maken van eigen keuzes is essentieel. Trainers stellen zich op als partners en tonen respect voor de cliënten. Deze herstelondersteunende attitude is uitgebreid beschreven door Dröes & Plooy (2010).

Deze kernwaarden houden de trainers steeds in het oog bij hun interventies.

Bij deze interventies maken de trainers gebruik van de drie eerder genoemde strategieën die hieronder nader worden beschreven.

Ten eerste maken trainers gebruik van motiverende strategieën: de trainer neemt nooit aan dat de cliënt over voldoende motivatie beschikt. Motivatie kan met de tijd toe- en afnemen. De trainer controleert of wakkert motivatie aan door de cliënt te stimuleren de voor- en nadelen van de huidige situatie en toekomstige situatie in kaart te brengen. Aan de hand van deze afweging kan de cliënt een gedegen beslissing nemen over zijn toekomstig gedrag. Trainers trachten hun vertrouwen in de cliënt wat betreft zijn eigen krachten en vaardigheden over te brengen. Trainers steunen de cliënten met optimisme, en moedigen het zelfvertrouwen aan door te praten over prestaties uit het verleden en reeds aanwezige zelfredzaamheid. Trainers moedigen cliënten aan hun doelen na te streven in plaats van zich aan te passen aan wat anderen van hen verwachten. Ondersteunend hierbij is het doelenvolgsysteem, waarin cliënten overzicht houden over wat en hoe ze hun doelen willen bereiken en wat zij reeds bereikt hebben. Deze strategie is een uitwerking van de ideeën uit het Trans-Theoretisch Model (Prochaska et al., 2008).

De tweede strategie (educatie) van de trainer is de interactieve onderwijsstijl die gebruikt wordt bij het aanbieden van nieuwe kennis. Cliënten worden gestimuleerd de eigen ervaring af te zetten

tegen de aangeboden stof en tegen de ervaring die andere deelnemers tijdens de sessies vertellen. Informatie wordt in delen aangereikt en het tempo wordt aangepast aan de deelnemers. Regelmatig wordt gecheckt of de stof over komt door bijvoorbeeld de cliënten te vragen de stof samen te vatten. In de huiswerkopdrachten wordt gestimuleerd de stof met belangrijke anderen te bespreken en de kennis over te brengen naar het thuisfront. De leerstof wordt zoveel mogelijk gekoppeld aan de ervaringen van de cliënt waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de taal en de terminologie van de cliënt.

Ten derde worden strategieën uit de cognitieve gedragstherapie gebruikt met als doel de cliënt de informatie en de vaardigheden zich eigen te laten maken. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van: bevestiging, vorming, modellering, oefeningen, rollenspellen, huiswerk en cognitieve herstructurering. IMR maakt gebruik van bevestiging in de positieve benadering van de trainers door middel van lofuitingen, interesse en enthousiasme. Cliënten zullen zichzelf positief bevestigen door hetgeen ze zelf leren en door wat ze zelf bereiken. Vorming heeft te maken met het leren dat complexe vaardigheden op te delen zijn in kleine stukjes vaardigheid die één voor één getraind kunnen worden. Op deze wijze worden probleemoplossende vaardigheden aangeleerd. De kleine resultaten stimuleren cliënten een volgende vaardigheid te oefenen. Andere groepsgenoten of de ervaringsdeskundige trainer kunnen model staan voor het aanleren van de gewenste vaardigheid die vervolgens geoefend kan worden in rollenspellen. Het huiswerk zal steeds passend worden gemaakt op het aanleren van deze vaardigheid. Cognitieve herstructurering wordt gebruikt om de denkbeelden die cliënten hebben over zichzelf, hun omgeving en hun toekomst bij te stellen tot een alternatieve, meer flexibele en waarheidsgetrouwe manier om dingen te bekijken. Ervaringen uit het verleden zullen worden geëvalueerd en mogelijk een andere betekenis krijgen door geboden nieuwe informatie en gesprekken in de groep. Ook in deze strategie wordt gebruik gemaakt van ideeën uit het Trans-Theoretisch Model (Prochaska et al., 2008).

Werkzame elementen

Motiverende strategieën:

- Beslisbalans; voor- en nadelen huidige situatie afgezet tegen de voor- en nadelen verandering
- Vertrouwen uitstralen, optimisme tonen
- Aanmoedigen over goede ervaringen te praten
- Helpen doelen te identificeren en op te delen in haalbare stappen
- Het monitoren van eigen vorderingen en het vieren van succes ervaringen

Onderwijsstrategieën:

- Het verstrekken van feitelijke informatie
- Het verstrekken van informatie over hoe andere mensen met EPA de inhoud ervaren
- Interactieve onderwijsstijl wordt gebruikt waarbij cliënten de informatie toetsen aan hun eigen verhaal
- Er wordt met regelmaat gecheckt of stof goed begrepen is
- Informatie wordt in delen aangereikt in aan de deelnemers aangepast tempo
- Er vind regelmatig evaluatie plaats door bijvoorbeeld samen te vatten, de cliënt vragen samen te vatten
- Het werken met de huiswerkopdrachten
- Aansporing om de informatie te delen met naasten
- Taal spreken van de cliënt

Cognitieve gedragsstrategieën:

- Bevestiging
- Modelleren,
- Oefeningen (rollenspellen)
- Cognitieve herstructurering

Aanleren van copingstrategieën

- Inventariseren van bij de cliënt passende en helpende strategieën
- Het opdelen van nieuw gedrag in kleine haalbare oefeningen
- Evalueren van niet succesvolle pogingen in het verleden
- Oefening in rollenspellen en imiteren van voorbeelden (modelleren)
- Oefenen en evalueren van vaardigheden in dagelijks leven
- Positieve bekrachtiging van pogingen en behaalde resultaten
- Het aanleren van probleemoplossende strategie bij barrières

Terugvalpreventie

- Het opstellen van en oefenen met een signaleringsplan

Versterken van sociale steun

- Aanleren sociale vaardigheden
- Betrekken van het netwerk bij de inhoud van de training

4. Uitvoering

Materialen

Werving:

Voor de werving van de cliënten is een DVD beschikbaar met ervaringsverhalen van Nederlandse cliënten die de IMR eerder gedaan hebben.

Uitvoering:

Voor de uitvoering van de IMR zijn werkboeken voor de deelnemers beschikbaar. Deze werkboeken bevatten informatie, invulformulieren en huiswerkopdrachten.

Voor de trainers is een trainershandleiding beschikbaar. Hierin worden de doelen van de IMR uiteengezet en wordt uitgelegd hoe de drie strategieën uitgevoerd kunnen worden.

Evaluatie:

Om de IMR te evalueren zijn de IMR-schalen beschikbaar. Er is een cliënt- en een trainersversie. Deze worden onafhankelijk van elkaar ingevuld waarna de cliënt en de trainer samen de verschillen kunnen bespreken. De Nederlandse vertalingen van de IMR-schalen zijn psychometrisch onderzocht (de Vries, Beentjes, Knol, Salyers, & Goossens, n.d.). Binnen het Nederlands IMR-netwerk is een indicatorenkompas vastgelegd waarin aanvullende schalen worden voorgesteld voor evaluatie. Deze schalen zijn de Mental Health Recovery Measure (MHRM) (van Nieuwenhuizen, Wilrycx, Moradi, & Brouwers, 2014) en de Brief Symptom Inventory (BSI) (Beurs & Zitman, 2006) of de OQ-45 (de Jong et al., 2008).

Type organisatie

De organisaties die de IMR training kunnen uitvoeren zijn klinische en poliklinische psychiatrische instellingen. De IMR wordt veelal uitgevoerd in FACT-teams. De uitvoering in forensische klinieken en in wijkteams is in voorbereiding.

Opleiding en competenties

De IMR trainers (verpleegkundigen, niveau 5 en/of een ervaringsdeskundige) worden geacht een training IMR-Totaal van vier dagen te volgen. Deze training wordt door Saxion Hogeschool aangeboden. De eerste ochtend staat de herstelvisie centraal en wordt de IMR-training geïntroduceerd. De tweede ochtend komt de motiverende gespreksvoering aan de orde, de derde dag cognitieve gedragstherapie en de vierde dag onderwijsstrategieën. In de middagen wordt geoefend met de verschillende strategieën en kernwaarden uit de IMR methode.

De voor de IMR benodigde competenties zijn: Warme, aardige, meelevende personen; kennis van (eigen) herstelprocessen; kennis van psychische stoornissen en bijbehorende behandelprincipes; goede luistervaardigheden; samenvatten; goed oogcontact, gevoel voor humor; motiverende gesprekstechnieken; onderwijsvaardigheden; cognitieve gedragstechnieken (Gingerich & Mueser, 2011). O'Hagan (2001) beschrijft de volgende competenties van herstel ondersteunende GGZ werker: begrijpt herstelprincipes en ervaringen; herkent en ondersteunt de persoonlijke bronnen (krachten) van de mensen met psychiatrische problematiek; begrijpt en ondersteunt de verschillende zienswijzen over psychiatrische ziektes, behandeling, ondersteuning en herstel; heeft zelfinzicht en de vaardigheden respectvol te communiceren en goede relaties te ontwikkelen met cliënten; begrijpt discriminatie en sociale uitsluiting en de effecten hiervan op de mensen en manieren om discriminatie en sociale uitsluiting te verminderen; heeft een ruime kennis van maatschappelijke diensten en ondersteunt cliënten deze te gebruiken; heeft kennis van de achtergrond van de familie en is in staat hun inbreng te ondersteunen.

Kwaliteitsbewaking

Binnen het IMR-netwerk wordt de kwaliteit van de IMR training bewaakt door een systeem van intervisie. De leden van het netwerk bewaken de modelgetrouwheid en kunnen elkaar visiteren. Bij het interviewen van trainers van een andere instelling wordt gebruik gemaakt van de in het Nederlands vertaalde IMR-getrouwheidsschaal (IMR-Fidelityscales) (Center for Mental Health Services, 2009). Het periodiek beoordelen van de modelgetrouwheid geeft belangrijke informatie:

- om scherp te blijven op de inhoud van de IMR trainingen;
- om scherp te blijven op de methoden die worden gehanteerd binnen de IMR-trainingen;
- als input voor kwaliteitsverbetering;
- als input voor intern overleg (intervisie/supervisie);
- als input voor HKZ audits (aantoonbaar geregelde kwaliteitscyclus)

De IMR-getrouwheidsschaal bevat 13 punten die zijn ontwikkeld om de implementatiegraad van IMR-programma's te meten. Elk punt op de schaal wordt beoordeeld aan de hand van een aan het gedrag verankerde beoordelingsschaal met 5 punten waarbij 1 ("niet geïmplementeerd") en 5 ("volledig geïmplementeerd") betekent.

Randvoorwaarden

De randvoorwaarden om de IMR-training te kunnen geven zijn:

- het doen van de cursus IMR-Training Totaal;
- het stap voor stap gebruiken van het werkboek;
- het meedoen aan intervisie en supervisie;
- organisatorische inbedding van de IMR-training.

In 2009 is een onderzoek gepubliceerd naar de implementatie van IMR. Dit is onderzocht op basis van de ervaringen van trainers (N = 89) die de basistraining over het implementeren van IMR hadden gevolgd (Salyers, Rollins, McGuire, & Gearhart, 2009a). Uit dit onderzoek blijkt dat alleen een IMR basistraining volgen en het voorhanden hebben van een handboek niet garant staat voor het optimaal implementeren van IMR. Er waren drie groepen te onderscheiden: trainers die de IMR basistraining volledig hadden gevolgd, trainers die slechts onderdelen van de IMR basistraining hadden gevolgd en trainers die de IMR opleiding zelf niet hadden gevolgd. De factoren 'ondersteuning vanuit teamleiders', 'inbedding IMR op organisatieniveau' en 'werkgerelateerde factoren' droegen allen bij aan het optimaal implementeren van IMR. De sterkste factor was de laatstgenoemde wat onder andere inhoudt dat iemand supervisie ontvangt over IMR, dat de werker toegezegd is om met IMR te werken en dat er geregistreerd wordt welke cliënt IMR ontvangt.

Implementatie

Gingerich & Mueser (2011) beschrijven zes fasen die Bartholomew & Kensler (2010) hebben ontwikkeld om IMR in een instelling te implementeren. Ten eerste bespreekt het management de beweegredenen om IMR te implementeren. Zij stellen een verwachting vast en zij spreken af wie toezicht houdt. Vervolgens kiezen zij een pilotlocatie waar de volgende stappen worden uitgevoerd. Vervolgens wordt een projectteam samengesteld waar trainers en administratieve ondersteuners aan deelnemen. Zij denken verder na over leden van het projectteam, te denken valt aan

teamleiders en cliënten, maar ook vrijwilligers kunnen worden uitgenodigd. Het projectteam gaat een strategie voor implementatie opstellen. Het projectteam komt wekelijks bijeen en eens per maand wordt de voortgang geëvalueerd met een manager.

Ten derde wordt een implementatieplan ontwikkeld. In het implementatieplan worden de volgende onderwerpen uitgewerkt: welke trainingsbehoefte is er, hoe worden deelnemers voor IMR geworven, wanneer vinden de groepsbijeenkomsten plaats, in welke ruimte, wie zijn trainers, waar en door wie wordt de supervisie uitgevoerd, wie is de coördinator, hoe worden resultaten gemeten en geëvalueerd.

Ten vierde volgen de toekomstige trainers de IMR-Training Totaal.

Ten vijfde wordt gestart met individuele IMR en/of IMR in groepen en met wekelijkse supervisie en wekelijks planning (later maandelijks). Ten behoeve van supervisie wordt gebruik gemaakt van video of audio opnames.

Ten zesde worden metingen uitgevoerd op de betrouwbaarheid van de uitvoering van de IMR. De IMR-schalen worden door begeleiders en deelnemers ingevuld en er vindt een evaluatie plaats van de resultaten. Indien nodig wordt met de verkregen feedback een vervolg implementatieplan gemaakt.

In Nederland is gebleken dat veelal binnen een organisatie één persoon kennis neemt van de IMR-training en vervolgens enthousiast raakt en een implementatie in zijn of haar organisatie start. Een persoon die zich bij het netwerk aanmeldt kan informatie krijgen over de manier van implementeren en kan hierbij ondersteuning krijgen. Implementatie vindt dan plaats door middel van de hiervoor genoemde stappen.

Als binnen teams besloten wordt om met IMR te gaan werken bestaat de mogelijkheid aan alle medewerkers een tweedaagse training te geven waarin zij de principes van de IMR leren kennen en in de eerste module (herstelstrategieën) leren werken. De medewerkers die de training gaan uitvoeren volgen daarna nog een cursus van één dag motiverende gespreksvoering en één dag cognitieve gedragstherapie interventies. De coördinator inventariseert daarna aanvullende behoeften. Indien nodig wordt supervisie of intervisie aangeboden.

Kosten

De Nederlandse IMR 2.0 versie is op internet vrij verkrijgbaar. De Amerikaanse IMR 3.0 versie is niet vrij verkrijgbaar. Saxion heeft voor gebruik van de Nederlandse IMR 3.0 versie een licentie verkregen. Gebruik maken van het IMR 3.0 materiaal is toegestaan voor leden van het IMR netwerk van Saxion. Kosten voor deelname aan dit netwerk zijn 2500 euro per jaar. Aan deelname zijn een aantal rechten en plichten verbonden. Ieder kwartaal organiseert het netwerk een bijeenkomst.

Personele inzet:

Om één IMR-groepstraining te kunnen draaien is de beschikbaarheid van 0,26 FTE (2x2,25/36) noodzakelijk. Deze is verdeeld over twee medewerkers, die de wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur draaien, waarna een half uur wordt gerapporteerd, aangevuld met een maandelijks supervisie/intervisie van 1 uur.

Materiële kosten:

Het cursusmateriaal kost 25 euro per klapper (inclusief alle werkboeken).

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek praktijkervaringen

Auteurs	David Roe, Ilanit Hasson-Ohayon, Michelle P. Salyers, Shlomo Kravetz. Gepubliceerd in <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 32 (4)
Titel	One Year Follow-Up of Illness Management and Recovery: Participants' Account of Its Impact and Uniqueness
Ontwerp	Een jaar na het volgen van de IMR-training zijn cliënten (n=36) geïnterviewd over hun perceptie van de effectiviteit en uniciteit van de IMR-training. De interviews zijn afgenomen middels het Narrative Evaluation of Interventions Interview protocol.
Resultaten	Cliënten vertelden dat zij veel nieuwe informatie leerden over de ziekte en medicijnen op een manier alsof ze zelf onderzoek aan het doen waren. Zij voelden zichzelf expert worden op het gebied van hun ziekte waardoor zij hun beeld over de ziekte veranderden. Het werkboek heeft een belangrijke rol in het uitleggen en het openen van ogen. Dit geldt ook voor de ogen van de naastbetrokken, als je hen het werkboek laat lezen. De sociale steun en de openheid in de groep en het contact met lotgenoten werd als erg stimulerend ervaren. De ideeën en tips in de IMR geven duidelijke handvatten om actiever met de symptomen om te gaan, wat hen ook duidelijk geholpen heeft. De vaste agenda van de bijeenkomst en de prettige sfeer in de groep draagt bij aan het herstel. Een van de belangrijkste punten is de aandacht voor de voortgang met betrekking tot hersteldoelen. Als laatste unieke punt werd genoemd dat IMR aan alle kanten een boodschap van hoop in zich draagt. Mensen raken geïnspireerd en ervoeren kracht om in zichzelf te gaan geloven en te leren om met de symptomen om te gaan.

Auteurs	Wilma van Langen, Titus A.A. Beentjes, Betsie G.I. van Gaal. Lisette Schoonhoven, Peter J.J. Goossens, Publicatie in voorbereiding
Titel	Illness Management and Recovery: What Helps?; A phenomenological study
Ontwerp	Cliënten (n=8) die meer dan 70% van de IMR training hebben gevolgd zijn gevraagd naar hun ervaringen met IMR in open interviews.
Resultaten	In Nederland is een vergelijkbare studie gedaan als hierboven beschreven met nagenoeg dezelfde uitkomsten. Men leerde vooral van elkaar, van de stof uit het werkboek en door eigen experimenten. De inhoud van het werkboek en het verhaal van de ervaringsdeskundige verlagen de drempel om over je ziekte te praten. Ook het werken aan hersteldoelen werd zeer belangrijk gevonden. Het werd als zeer leerzaam

	ervaren om je doelen, hoe groot ze ook zijn, in kleine stappen te verdelen, waardoor ze wel haalbaar worden.
--	--

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

In Nederland zijn de Psychometrische eigenschappen van de IMR-schalen onderzocht. Geconcludeerd wordt dat de schalen een goede construct validiteit hebben en een acceptabele interne - en test/her-test betrouwbaarheid hebben. De publicatie van deze bevindingen is in voorbereiding (de Vries et al., n.d., submitted). Deze studie maakt het mogelijk in Nederland onderzoek te gaan doen naar de IMR en daarbij gebruik te maken van de IMR-schalen. In Nederland zijn nog geen uitgebreide studies gedaan naar de effecten van IMR. Momenteel zijn er twee studies gaande. Van deze onderzoeken zijn nog geen resultaten bekend.

Onderzoekers	Bert-Jan Roosenschoon ^{1,2} , Cornelis. L. Mulder ^{1,2} , Mathijs L. Deen ^{1,3} , Jaap van Weeghel ^{1,4} . ¹ Parnassia Groep, ² Erasmus MC, Rotterdam, ³ Universiteit Leiden, ⁴ Universiteit Tilburg
Titel	Illness Management and Recovery (IMR) in Nederland: een gerandomiseerde clinical trial (Nederlands trial register: NTR 21572)
Ontwerp	Het design van deze studie is een gerandomiseerde multi-centrum, single blindtrial van IMR in vergelijking met de gebruikelijke behandeling ambulante patiënten met EPA die in zorg zijn bij twee centra voor geestelijke gezondheidszorg in de regio's Rotterdam en Dordrecht in Nederland. (n=200). De gebruikelijke zorg betreft ambulante case management, medicatie en revalidatie, zonder beperkingen, met inbegrip van diverse recreatieve en therapeutische activiteiten. Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op de gebieden ziektemanagement, ernst van symptomen, medicatietrouw, inzicht, sociale en coping vaardigheden, sociale steun, kwaliteit van leven, herstel.
Resultaten	Publicaties over dit onderzoek worden verwacht in 2017

Onderzoekers	Titus A.A. Beentjes ^{1,2,3} , Betsie G.I. van Gaal ¹ , Peter J.J. Goossens ^{1,3,4,5} , Lisette Schoonhoven ^{1,6} ¹ Radboud universitair medisch centrum Nijmegen, ² Saxion Hogeschool, Deventer, ³ Dimence Groep, Deventer, ⁴ Universiteit Gent, ⁵ GGZ-VS, Utrecht, ⁶ Universiteit Southampton
--------------	---

Titel	e-IMR, an e-supported Illness Management & Recovery Program for People with Severe Mental Illness: Een gerandomiseerde clinical trial (Nederlands trial register: NTR 4772)
Ontwerp	Het design van deze studie is een exploratieve cluster gerandomiseerde multi-centrum onderzoek (n=100) naar het effect van e-IMR. Deelnemers zijn in behandeling bij GGZ-instellingen die aangesloten zijn bij het Netwerk IMR. De resultaten van e-IMR worden vergeleken met de resultaten van de standaard IMR-training waarbij geen e-health elementen aangeboden worden. Naast effectiviteit wordt in kwalitatieve interviews ook de toegevoegde waarde van de e-health elementen onderzocht. Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op de gebieden: managen van ziekte, herstel, ernst van symptomen, zelfmanagement, kwaliteit van leven, algehele gezondheid.
Resultaten	Publicaties over dit onderzoek worden verwacht in 2017

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Er zijn meerdere effectonderzoeken gedaan naar de effectiviteit van de IMR-training. Tot nu toe zijn de resultaten van vier Randomized Controlled Trials (RCT) (Färdig et al., 2011; Hasson-Ohayon et al., 2007; Levitt et al., 2009; Salyers et al., 2014) en zes quasi experimentele effectstudies naar de werking van IMR gepubliceerd (Fujita et al., 2010; Mueser et al., 2006; Salyers et al., 2009c; Salyers et al., 2009b; Salyers, Rollins, Clendenning, McGuire, & Kim, 2011; Salyers et al., 2010). Deze eerste resultaten laten zien dat de IMR-training effectief is. Zowel op het domein van persoonlijk herstel als op het domein van herstel van gezondheid laten deze studies positieve resultaten zien. Een review naar de onderzoeken met de IMR ondersteunt dat op er positieve resultaten zijn met de IMR. Er zijn echter nog grote verschillen in de methodes van onderzoek die maken dat een sterke conclusie over de effectiviteit van IMR nog niet getrokken kan worden. Hiervoor is vervolg onderzoek nodig (McGuire et al., 2014). Hieronder zijn in een overzicht de wetenschappelijke onderzoeken naar de werkzaamheid van de IMR-training in het buitenland opgenomen.

Nederlands, gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar een vergelijkbaar programma heeft betrekking op de Methodiek Individuele Rehabilitatie Benadering is in Nederland onderzoek gedaan middels (Swildens et al., 2011). Dit onderzoek laat duidelijke verbeteringen zien wat betreft het maken van vorderingen in het bereiken van doelen.

Auteurs	Kim T. Mueser, Piper S. Meyer, David L. Penn, Richard Clancy, Donna M. Clancy, and Michelle P. Salyers. Gepubliceerd in: Schizophrenia Bulletin vol. 32 no. S1 pp. S32–S43, 2006
Titel	The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings

Ontwerp	Na de ontwikkeling van de IMR is een experimenteel onderzoek verricht met (n=24) cliënten met schizofrenie en schizo-affectieve stoornis. Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op het gebied van Ziekte Management en Herstel, Symptoom intensiteit, Sociale steun en Algeheel functioneren.
Resultaten	Deelnemers waren tevreden tot zeer tevreden over de interventie. Tijdens de training en na afloop werden sterke verbeteringen gevonden op het gebied van het omgaan met symptomen en Herstel. Andere significante verbeteringen waren op de gebieden kennis over de ziekte, stress gerelateerd aan de symptomen, hoop en het stellen van doelen.

Auteurs	Michelle P. Salyers, Jenna L. Godfrey, Alan B. McGuire, Tim Gearhart, Angela L. Rollins, Charles Boyle. Gepubliceerd in: Psychiatric Services, April 2009c, Vol. 60 No. 4
Titel	Implementing the Illness Management and Recovery Program for Consumers With Severe Mental Illness.
Ontwerp	Een experimenteel implementatie onderzoek in zes centra met cliënten met EPA (n=324). Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op de gebieden tevredenheid met de geboden behandeling, Ziekte management en herstel, Hoop en Tevredenheid met de geboden behandeling.
Resultaten	Deelnemers rapporteerden dat hun tevredenheid met de geboden behandeling niet veranderde door de IMR in een individuele setting. Tijdens de training en na afloop werden significante verbeteringen gevonden op het gebied van het omgaan met symptomen en Herstel. De verbetering op Hoop was niet significant.

Auteurs	Michelle P. Salyers, Lia J. Hicks, Alan B. McGuire, Heather Baumgardner, Karen Ring, Hea-Won Kim. Gepubliceerd in: American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 2009, 12: 191–204.
Titel	A Pilot to Enhance the Recovery Orientation of Assertive Community Treatment Through Peer-Provided Illness Management and Recovery
Ontwerp	Dit is een pilot studie naar het effect van IMR als het uitgevoerd wordt door een ervaringsdeskundige met (n=11) cliënten met EPA. Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op de gebieden Kennis over de ziekte en Hoop.
Resultaten	Deelnemers rapporteerde een niet significante verbetering op het gebied van kennis over de ziekte. De verbetering op het gebied van Hoop was wel significant. De deelnemers hadden positieve ervaringen ten gevolge van de IMR, zoals: het

	uitproberen van nieuwe dingen, een grotere betrokkenheid bij betekenisvolle activiteiten.
--	---

Auteurs	Fujita E, Kato D, Kuno E, et al; Gepubliceerd in: Psychiatric Services 61:1157–1161, 2010
Titel	Implementing the Illness Management and Recovery program in Japan.
Ontwerp	In deze ‘quasi gecontroleerde’ studie is een groep cliënten met EPA (n=25) vergeleken met een groep cliënten op de wachtlijst (n=10). Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op de gebieden Intensiteit van symptomen, Algeheel functioneren, Zelfmanagement, Algehele gezondheid en kwaliteit van leven waaronder functioneren in de gemeenschap, en sociale steun.
Resultaten	Deelnemers rapporteerden een significante verbetering op de gebieden van Zelfmanagement, Sociaal functioneren en Kwaliteit van leven.

Auteurs	Michelle P. Salyers, Alan B. McGuire, Angela L. Rollins, Gary R. Bond, Kim T. Mueser, Veronica R. Macy. Gepubliceerd in: Community Mental Health Journal 46: 319–329, 2010 & Michelle P. Salyers, Angela L. Rollins, Daniel Clendenning, Alan B. McGuire, Edward Kim. Gepubliceerd in: Psychiatric Services 62:509–515, 2011
Titel	Integrating assertive community treatment and Illness Management and Recovery for consumers with severe mental illness. & Impact of Illness Management and Recovery programs on hospital and emergency room use by Medicaid enrollees.
Ontwerp	Over deze ‘Quasi gecontroleerde’ studie zijn twee artikelen gepubliceerd met (n=144) cliënten met EPA die IMR kregen en (n=354) cliënten met EPA in de controle groep. Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op de gebieden Ziekte management en Herstel, Hoop, Tevredenheid met de geboden behandeling, aantal dagen dat patiënten zijn opgenomen.
Resultaten	Deze twee onderzoeken hebben geen significante resultaten laten zien. Er waren geen duidelijke verschillen te zien op de gebieden: Ziekte management, Herstel en Tevredenheid met de geboden behandeling. De patiënten in de IMR-groep waren minder aantal dagen opgenomen geweest.

Auteurs	Illanit Hasson-Ohayon, David Roe, Shlomo Kravetz. Gepubliceerd in: Psychiatric Services 58: 1461–1466, 2007
---------	---

Titel	A randomized controlled trial of the effectiveness of the Illness Management and Recovery program.
Ontwerp	Een gerandomiseerde gecontroleerde studie in Israel kregen (n=119) cliënten met EPA de IMR en (n=91) de gebruikelijke behandeling. Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op de gebieden Ziekte management en Herstel, Hoop, Tevredenheid met de geboden behandeling, aantal dagen dat patiënten zijn opgenomen.
Resultaten	De IMR-clieënten waren meer verbeterd dan cliënten die de gebruikelijke behandeling kregen. De zelfrapportages van de cliënten verschilden niet significant, maar volgens de behandelaren waren deze veranderingen wel significant op het gebied van Ziekte management en Herstel. De kennis van de cliënten over de ziekte (inclusief het stellen van doelen) was ook significant beter dan in de controle groep. Het aantal opnames was in de IMR groep minder, maar niet significant.

Auteurs	Aaron J. Levitt, Kim T. Mueser, Joe DeGenova, Julie Lorenzo, Dawn Bradford-Watt, AdinaBarbosa, MarleneKarlin, Michael Chernick. Gepubliceerd in: Psychiatric Services 60:1629–1636, 2009
Titel	Randomized controlled trial of Illness Management and Recovery in multiple- unit supportive housing.
Ontwerp	In deze Amerikaanse gerandomiseerde gecontroleerde studie werd de IMR aangeboden aan (n=54) cliënten met EPA en vergeleken met (n=50) cliënten met EPA die op een wachtlijst stonden. Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op de gebieden Ziekte management en Herstel, Psycho-sociaal functioneren, Intensiteit van symptomen, Kwaliteit van leven, Middelen misbruik. Tevens werd het aantal keren dat patiënten zijn opgenomen berekend en hoeveel patiënten weer werkten.
Resultaten	Significante resultaten zijn gemeten op de gebieden Ziekte management en Herstel (ES=.36 door cliënten zelf gescoord en ES=.39 als het gescoord werd door behandelaren), Kwaliteit van leven. Een ander significant resultaat was op het gebied van de symptomen, met name op depressie/angst. Andere niet significante verbeteringen waren op de gebieden: het aantal opnames, middelen misbruik en werk.

Auteurs	RickardFärdig R, Lewander T, Melin L, Gepubliceerd in: Psychiatric Services, 62:606–612, 2011
Titel	A randomized controlled trial of the Illness Management and Recovery program for persons with schizophrenia.

Ontwerp	Een Zweedse gerandomiseerde gecontroleerde studie werd gedaan bij cliënten met Schizofrenie en Schizo-affectieve stoornis. Cliënten (n=21) kregen de IMR en de anderen (n=20) kregen de gebruikelijke behandeling. Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op de gebieden Ziekte management, Herstel, Intensiteit van symptomen, Kwaliteit van leven, Inzicht, Suicideideaties, aantal keren dat patiënten zijn opgenomen, Medicatie gebruik.
Resultaten	Significante resultaten zijn gemeten op de gebieden Ziektemanagement. Intensiteit van symptomen en Suicide-ideaties. Andere niet significante verbeteringen waren op de gebieden: Herstel, kwaliteit van leven, het aantal opnames en Medicatie gebruik.

Auteurs	Michelle P. Salyers, Alan B. McGuire, Marina Kukla, Sadaaki Fukui, Paul H. Lysaker, Kim T. Mueser. Gepubliceerd in: Psychiatric Services, 2014, Vol. 65 No. 8
Titel	A Randomized Controlled Trial of Illness Management and Recovery With an Active Control Group
Ontwerp	Een Amerikaanse gerandomiseerde gecontroleerde studie werd gedaan bij cliënten met EPA. Cliënten (n=60) kregen een IMR of (n=58) of een even intensief programma met een probleemoplossend model. Metingen werden gedaan met gestructureerde vragenlijsten op de gebieden Ziekte management, Herstel, Intensiteit van symptomen, Kwaliteit van leven, Zelfmanagement, aantal keren dat patiënten zijn opgenomen.
Resultaten	In dit onderzoek zijn geen significante verschillen gemeten tussen de beide groepen. Cliënten in beide groepen verbeterde significant op de gebieden intensiteit van symptomen. De IMR groep had minder aantal heropnames, maar het verschil is niet significant. Het onderzoek gaf in beide groepen een laag percentage van cliënten dat de trainingen voltooide.

Auteurs	W. Swildens, J.T. van Bussbach, H. Michon, H. Kroon, M.W. Koeter, D. Wiersma, J. van Os. Gepubliceerd in: Canadian Journal of Psychiatry, 58(12): 751-760, 2011
Titel	Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach
Ontwerp	Een Nederlandse gerandomiseerde gecontroleerde studie werd gedaan bij cliënten met EPA. Cliënten (n=80) kregen de IRB behandeling in een individuele setting of (n=76) kregen de gebruikelijke zorg. Metingen werden gedaan op de gebieden: Vorderingen op doelen, Verandering in werksituatie en woonsituatie, Personal Empowerment, Zorgbehoefte en Kwaliteit van leven.

Resultaten	De vorderingen op doelen waren in de IRB-groep substantieel verbeterd ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Op het gebied van de sociale participatie werden ook grotere verbeteringen gezien in de IRB-groep. Op de andere gebieden was geen verschil gemeten.
------------	---

7. Aangehaalde literatuur

- Bartholomew, L. K., Pracel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning health promotion programmes: an intervention mapping approach* (3rd revise., p. 768). John Wiley and Sons Ltd.
- Bartholomew, T., & Kensler, D. (2010). Illness Management and Recovery in State Psychiatric Hospitals. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 105–125. doi:10.1080/15487761003756977
- Beurs, E. de, & Zitman, F. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120–141.
- Brugman, M., Resing, L., & Goossens, P. (2013). Illness Management and REcovery in de VS, Op werkbezoek in het land van oorsprong. *Tijdschrift Voor Rehabilitatie & Herstel*, 3, 63–71.
- Center for Mental Health Services. (2009). *Evaluating Your Program, Illness Management & Recovery* (p. 102). Rockville. doi:HHS Publication No. SMA-09-4462
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “ why try ” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–43. doi:10.1016/j.psychres.2011.05.024
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2013). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469.
- De Jong, K., Nugter, A., Pollak, M., Wagenborg, H., Spinhoven, P., & Heiser, W. (2008). De Nederlandse versie van de outcome questionnaire: een cross-culturele validatie. *Psychologie En Gezondheid*, 36, 35–45.
- De Vries, S. J., Beentjes, T. A. A., Knol, S., Salyers, M. P., & Goossens, P. J. J. (n.d.). An Investigation of the Reliability And Validity of the Dutch Versions of the Illness Management and Recovery Scales in Clients With Mental Disorders. *Submitted in Journal of Mental Health*.
- Delespaul, P. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 55(6), 427–438.
- Dröes, J. (2012). Behandeling en rehabilitatie in herstel ondersteunende zorg. In J. Dröes & C. Witsenburg (Eds.), *Herstel ondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. (Passagecah., pp. 70–79). Amsterdam: SWP.
- Dröes, J., & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift Voor Rehabilitatie*, 19(3), 7–17.
- Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., & Fredriksson, A. (2011). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(6), 606–12. doi:10.1176/appi.ps.62.6.606
- Fujita, E., Kato, D., Suzuki, Y., Uchiyama, S., Watanabe, A., Uehara, K., ... Hirayasu, Y. (2010). Implementing the Illness Management and Recovery Program in Japan. *Psychiatric Services*, 61(11), 1157–1161.
- Gingerich, S., & Mueser, K. T. (2011). *Illness Management & Recovery, Personalized Skills and Strategies for Those with Mental Illness, Implementation Guide* (3rd ed.). Dartmouth: Hazelden.
- Goossens, P., de Vries, S., & Brugman, M. (2013). Illness Management and Recovery. In J. van Busschbach, S. van Rooijen, & J. van Weeghel (Eds.), *Psychiatrische Rehabilitatie, Jaarboek 2013-2014* (pp. 75–86). Amsterdam: SWP Publishers.
- Goossens, P. J. J., Knoppert-van der Klein, E. A. M., & van Achterberg, T. (2008). Coping styles of outpatients with a bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(5), 245–53. doi:10.1016/j.apnu.2007.07.001
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(11), 1461–6. doi:10.1176/appi.ps.58.11.1461
- Levitt, A. J., Mueser, K. T., Degenova, J., Lorenzo, J., Bradford-Watt, D., Barbosa, A., ... Chernick, M. (2009). Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 60(12), 1629–36. doi:10.1176/appi.ps.60.12.1629

- McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2014). Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *65*(2), 171–9. doi:10.1176/appi.ps.201200274
- Michail, M., & Birchwood, M. (2013). Social anxiety disorder and shame cognitions in psychosis. *Psychological Medicine*, *43*(1), 133–42. doi:10.1017/S0033291712001146
- Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2008). Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH EDUCATION, Theory, Research, and Practice* (4th ed., pp. 67–96). San-Francisco: Jossey-Bass.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., ... Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *53*(10), 1272–84. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12364675>
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, *32 Suppl 1*, S32–43. doi:10.1093/schbul/sbl022
- O'Hagan, M. (2001). *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers* (p. 91). Wellington: Mental Health Commission. Retrieved from <http://www.mhc.govt.nz>
- Olij, L., & de Haan, E. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen* (pp. 1–64). Utrecht.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). THE TRANSTHEORETICAL MODEL AND STAGES OF CHANGE. In K. Glantz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH EDUCATION, Theory, Research, and Practice* (4th ed., pp. 97–122). San Francisco: Jossey-Bass.
- Resing, L. (2012). *Doelenlijsten deelnemers groep 1 IMR mei 2011 t/m februari 2012*. Almelo.
- Salyers, M. P., Godfrey, J. L., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., & Boyle, C. (2009c). Implementing the Illness Management and Recovery program for consumers with severe mental illness. *Psychiatric Services*, *60*, 483–490.
- Salyers, M. P., Hicks, L. J., McGuire, A. B., Baumgardner, H., Ring, K., & Kim, H.-W. (2009b). A Pilot to Enhance the Recovery Orientation of Assertive Community Treatment Through Peer-Provided Illness Management and Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *12*(3), 191–204. doi:10.1080/15487760903066305
- Salyers, M. P., McGuire, A. B., Kukla, M., Fukui, S., Lysaker, P. H., & Mueser, K. T. (2014). A randomized controlled trial of illness management and recovery with an active control group. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *65*(8), 1005–11. doi:10.1176/appi.ps.201300354
- Salyers, M. P., McGuire, A. B., Rollins, A. L., Bond, G. R., Mueser, K. T., & Macy, V. R. (2010). Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, *46*(4), 319–29. doi:10.1007/s10597-009-9284-6
- Salyers, M. P., Rollins, A. L., Clendenning, D., McGuire, A. B., & Kim, E. (2011). Impact of Illness Management and Recovery Programs on Hospital and Emergency Room Use by Medicaid Enrollees. *Psychiatric Services*, *62*(5), 509–515. doi:10.1176/appi.ps.62.5.509.Impact
- Salyers, M. P., Rollins, A. L., McGuire, A. B., & Gearhart, T. (2009a). Barriers and facilitators in implementing illness management and recovery for consumers with severe mental illness: trainee perspectives. *Administration and Policy in Mental Health*, *36*(2), 102–11. doi:10.1007/s10488-008-0200-0
- Staring, A., & van den Berg, N. (2010). Cognitieve gedragstherapie voor patiënten met postpsychotische demoralisatie. *Directieve Therapie*, *30*(4), 280–302.
- Swildens, W., van Busschbach, J. T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M. W. J., Wiersma, D., & van Os, J. (2011). Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *56*(12), 751–60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22152644>
- Van Nieuwenhuizen, C., Wilrycx, G., Moradi, M., & Brouwers, E. (2014). Psychometric evaluation of the Dutch version of the mental health recovery measure (MHRM). *The International Journal of Social Psychiatry*, *60*(2), 162–8. doi:10.1177/0020764012472302
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*(2), 103–26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/858828>