



Methodebeschrijving Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars

Databank Effectieve sociale interventies



Kennis en advies voor
maatschappelijke ontwikkeling





Deze methodebeschrijving is gemaakt door:

Maartje Willemse
Willemse Onderzoek en Advies
mwadvies@xs4all.nl

Maartje Willemse van Willemse Onderzoek en Advies heeft in het kader van het project Effectieve sociale interventies van de afdeling Trends en Onderzoek van MOVISIE de opdracht gekregen deze methodebeschrijving te maken.

mei 2010

Voor meer methodebeschrijvingen en eventuele vragen en/of reacties kunt u terecht bij:
www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies.

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





Inhoudsopgave

Inleiding: leeswijzer	1
Samenvatting	1
1. Beschrijving methode	08
1.1 Probleemomschrijving	08
1.2 Doel van de methode	09
1.3 Doelgroep van de methode	09
1.4 Indicaties en contra-indicaties	10
1.5 Aanpak	10
1.6 Materiaal	13
1.7 Benodigde competenties van de professional	13
1.8 Overige randvoorwaarden	16
1.9 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies	16
1.10 Contactgegevens ontwikkelaar	17
2. Onderbouwing	18
2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode	18
2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak	18
3. Onderzoek naar praktijkervaringen	20
3.1 Uitvoerende organisaties	20
3.2 Praktijkervaringen van de professional	21
3.3 Praktijkervaringen van de cliënt/burger	23
3.4 Praktijkvoorbeeld	24
4. Effectonderzoek	26
4.1 Directe aanwijzingen voor effectiviteit	26
4.2 Indirecte aanwijzingen voor effectiviteit	28
5. Conclusies	31
5.1 Samenvatting werkzame elementen	31
5.2 Samenvatting effectonderzoek	31
6. Verantwoording	33
6.1 Het zoeken en selecteren van literatuur	33
6.2 Literatuur	34
Bijlage 1: Toelichting effectonderzoek	35
Bijlage 2: Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken	38
Bijlage 3: Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoek <i>Intervening after the loss of a spouse: is it (cost-)effective and for whom?</i>	40
Bijlage 4: Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoek <i>A controlled study of self-help interventions for widows</i>	51





Inleiding: leeswijzer

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

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

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

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

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





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





Samenvatting

1. Beschrijving methode

Doel

Het doel van de methode *Bezoekdiensten voor weduwen en weduwnaars* is het bieden van gerichte ondersteuning bij rouwverwerking, teneinde de kans op eenzaamheid en sociaal isolement te reduceren.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit weduwen en weduwnaars (van 55 jaar en ouder) die recentelijk (drie tot zes maanden geleden) hun partner hebben verloren. Daarnaast kunnen zij zich op een later moment ook zelf aanmelden als vrijwilliger van de bezoekdienst.

Aanpak

De bezoekdienst is een vrijwilligersorganisatie die lokaal werkt. Zij zorgt ervoor, dat ervaringsdeskundige vrijwilligers één of twee keer per maand langs gaan bij mensen die drie tot zes maanden ervoor hun partner verloren hebben. De bezoeken vinden gemiddeld tien keer plaats en duren één tot twee uur per keer. De vrijwilliger biedt een luisterend oor en ondersteunt bij de verwerking van het verlies.

Materiaal

Het volgende handboek is beschikbaar: *Handleiding bezoekdiensten voor weduwen en weduwnaars, een model voor de opzet van een bezoekdienst*, geschreven door E. Kox, K. Huibers en I. Staarink, uitgegeven in 1997 door Spectrum in Arnhem.

Ontwikkelaar

De Gelderse Roos/Indigo
Irm Staarink
(026) 312 40 00
www.degelderseroos.nl

2. Onderbouwing

De basisprincipes van de methode *Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars* zijn ontleend aan het Widow to Widow Program (Silverman, 1974) dat in de Verenigde Staten is ontwikkeld en werd uitgevoerd in de jaren '70 van de vorige eeuw. Aanleiding voor de ontwikkeling van het Widow to Widow Program waren conclusies van een onderzoek van Maddison & Walker (in Silverman, 2004) waaruit bleek dat mensen die recent iemand verloren hadden, zich het liefst tot vrienden en familie wendden. Silverman heeft in haar werk gerefereerd aan diverse onderzoeken en visies op hulpverlening in de vorm van lotgenotencontacten (Silverman, 1974; Gartner & Reissman, in Silverman, 2004; Leiberheim & Borman, in Silverman, 2004; Powell, in Silverman, 2004).





3. Onderzoek naar praktijkervaringen

Uit twee interne evaluaties (Noordhof, 2006; Noordhof 2007; De Gelderse Roos, 1999) komt naar voren dat professionals de methode goed vinden aansluiten bij de doelgroep. Uit deze evaluaties blijkt ook dat, indien de vrijwilligers goed getraind zijn, er sprake is van een persoonlijk contact, hetgeen bij deze problematiek zeer goed werkt. Het mes snijdt bovendien aan twee kanten; aan de ene kant de toegevoegde waarde voor de bezoeker, aan de andere kant is het voor de vrijwilliger, die immers zelf ook een rouwproces heeft doorgemaakt, een manier iets positiefs te halen uit de eigen situatie. Niet alleen onder de professionals, maar ook onder de bezoekers is de tevredenheid zeer hoog, zo blijkt uit drie interne evaluaties (Noordhof, 2006; Noordhof, 2007; Noordhof, 2010; De Gelderse Roos, 1999). Het open en vertrouwd kunnen praten met een objectief persoon wordt zeer gewaardeerd. Het feit dat de bezoeker zelf ook een rouwproces heeft doorgemaakt, heeft voor de cliënt een grote toegevoegde waarde.

4. Effectonderzoek

Uit een pragmatische gerandomiseerde *trial* komen directe aanwijzingen naar voren dat huisbezoek effectief is voor een specifieke groep kwetsbare weduwen en weduwnaars (Onrust, 2008). De bezoeker heeft een positieve invloed op de sociaal eenzame, laag opgeleide en lichamelijk zieke weduwen en weduwnaars. Voor de gehele groep respondenten zijn er zowel na zes als na 12 maanden geen significante verschillen zichtbaar op depressie, angst, somatisatie, gecompliceerde rouw en gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven tussen de experimentele en de controlegroep.

Verder is gekeken naar de kosteneffectiviteit van de bezoeker. Wanneer rouwinterventies zoals de bezoeker aangeboden worden aan alle weduwen en weduwnaars, zullen dus geen grote voordelen behaald worden vanuit een gezondheidseconomisch perspectief. De bezoeker blijkt wél kosteneffectief te zijn voor de weduwen en weduwnaars met het zogenaamde risicoprofiel.

Amerikaans onderzoek naar de effectiviteit van het Widow to Widow Program (Vachon et al., 1980) bevat indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit van huisbezoek. Uit deze gerandomiseerde *trial* blijkt zowel na zes als na 12 maanden de experimentele groep zich (significant) beter te voelen dan de controlegroep. Daarnaast had de experimentele groep na 12 maanden meer kans op het sluiten van nieuwe vriendschappen en een grotere kans op het ondernemen van nieuwe activiteiten. Hoewel ook de controlegroep gedurende het rouwproces 'vooruit' ging en zich beter ging voelen, lag de experimentele groep steeds op hen voor en bereikte zij deze stadia van acceptatie en vooruitkijken eerder.

5. Samenvatting werkzame elementen

- de individuele benadering
- lotgenotencontact; de affiniteit met iemand die hetzelfde heeft meegemaakt
- het bespreken en delen van ervaringen en emoties
- objectiviteit van de vrijwilliger (als onbekende partij)
- het informele, vriendschappelijke karakter.





1. Beschrijving methode

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

Handleiding bezoekdiensten voor weduwen en weduwnaars, een model voor de opzet van een bezoekdienst, geschreven door E. Kox, K. Huibers en I. Staarink, uitgegeven in 1997 door Spectrum in Arnhem.

1.1 Probleemomschrijving

Iedereen heeft gedurende zijn leven te maken met verschillende verlieservaringen, die toenemen naarmate men ouder wordt. Bij het verlies van dierbaren op latere leeftijd is goede ondersteuning geboden, maar deze is niet altijd in de directe omgeving voorhanden. Er kan daardoor stagnatie in het rouwproces optreden, waardoor men het risico loopt in een sociaal isolement te belanden. Ondersteuning bij dit proces is daarom onontbeerlijk.

Oorzaken van het probleem

De verwerking van verlies is afhankelijk van een aantal factoren. Eén daarvan is socialisatie, een andere heeft te maken met persoonlijke vaardigheden. De traditionele man-vrouwpatronen hebben bij mannen vaak tot gevolg dat zij onvoldoende hebben geleerd te praten over hun gevoelens. Vrouwen hebben dit veelal wel geleerd, maar zijn ook vaak gesocialiseerd vanuit de zorgplicht naar anderen, waardoor zij zichzelf vaker wegcijferen. Kortgezegd waren mannen afhankelijk van de emotionele steun van hun vrouw, terwijl vrouwen moeite hadden met het opkomen voor zichzelf. Valt voor één van beide partijen de ander weg, dan is het proces van rouwverwerking des te moeilijker. Daar komt nog bij dat de mannen vaak een brug vormden tussen gezin en maatschappij (door de baan die zij buitenshuis hadden), terwijl de vrouw vaak de sociale contacten onderhield. Beide partijen hebben daartoe speciale vaardigheden ontwikkeld, die de ander vaak ontbeert. Bij het wegvallen van de partner bepalen de persoonlijke vaardigheden van de ander vaak hoe hij of zij met dit rouwproces kan omgaan. Daarnaast is ook de inrichting van de maatschappij veranderd. Hechte sociale netwerken zijn gekrompen, waardoor sociale ondersteuning terugloopt. De individualisering draagt ertoe bij dat mensen minder bij elkaar over de vloer komen. Komt iemand alleen te staan, dan is de stap naar het maken van contact met anderen groter geworden.

Tot slot is de maatschappelijke positie van ouderen anders dan die van jongere mensen. Snelle technologische ontwikkelingen zorgen er – vaak onbedoeld - voor, dat ouderen niet makkelijk kunnen meekomen. Hun kans op maatschappelijke uitsluiting wordt zo vergroot. Ouderen die zich moeilijker in het maatschappelijk verkeer begeven, lopen een groter risico op het ontwikkelen van eenzaamheidsgevoelens en sociaal isolement.

Omvang van het probleem

Onderzoek toont aan dat een derde van de verweduwden zich eenzaam voelt en in een sociaal





isolement verkeert (Stevens, in Kox et al., 1997, Van Tilburg, in Kox et al., 1997). De documentatie over de methode bevat geen informatie over de geografische spreiding van het probleem. Wel is bekend dat vooral ouderen (55-plus) vatbaar zijn voor sociaal isolement, zeker wanneer zij hun partner hebben verloren.

Wanneer gerichte ondersteuning vanuit de omgeving van een verweduwd persoon uitblijft, kan het rouwproces stagneren. Hierdoor bestaat het risico op gevoelens van eenzaamheid en sociaal isolement. Depressieve klachten en op den duur lichamelijke klachten kunnen optreden. Uit onderzoek (Brugman, in Kox et al., 1997) is gebleken dat in de eerste maanden na het overlijden van de partner, de sterftkans bij vrouwen toenam met 22% en bij mannen met 46%. Ondersteuning tijdens de rouwfase is daarmee uiterst belangrijk.

1.2 Doel van de methode

De bezoekdienst heeft een preventieve functie met als doel gerichte ondersteuning te bieden bij rouwverwerking, zodat de kans op eenzaamheid en sociaal isolement zo klein mogelijk wordt.

Subdoelen van de methode

- het bieden van een luisterend oor
- het bieden van de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen
- het signaleren van behoeften aan verdere hulp (eventueel professionele hulp)
- het attenderen op mogelijkheden om in contact met anderen te komen.

De methode brengt de volgende verwachte resultaten met zich mee:

- de verweduwd persoon kan door emotionele steun leren zijn gevoelens te kanaliseren
- de bezoeker kan bij de verweduwd persoon door voorlichting over het rouwproces spanning en onbekende gevoelens reduceren
- objectieve, sociale steun wordt geboden bij het verkennen van mogelijkheden die beter aansluiten bij de veranderde leefsituatie
- de bezoeker is een eerste contact buiten de eigen kring, wat een potentie van netwerkuitbreiding in zich draagt.

1.3 Doelgroep van de methode

De doelgroep bestaat uit weduwen en weduwnaars (van 55 jaar en ouder) die recentelijk (drie tot zes maanden geleden) hun partner hebben verloren. De afnemers van de bezoekdienst kunnen zich later tevens inzetten als vrijwillige bezoeker.

Diversiteit binnen de doelgroep

De documentatie over de methode bevat geen informatie over hoe rekening gehouden kan





worden met (etnische) diversiteit binnen de doelgroep.

1.4 Indicaties en contra-indicaties

De bezoekdienst kan worden afgeraden bij mensen die in aanmerking komen voor professionele hulp bij hun rouwverwerkingsproces, omdat de bezoekdienst voor hen ontoereikend is. Dit is bijvoorbeeld het geval als er sprake is van zware depressie of suïcidale neigingen. Het contact kan dan worden beëindigd en de gebruiker van de bezoekdienst kan worden doorverwezen naar professionele instanties.

1.5 Aanpak

De bezoekdienst is een vrijwilligersorganisatie, of projectgroep vanuit een bestaande welzijnsorganisatie, die lokaal werkt. Zij zorgt ervoor, dat vrijwilligers eens of twee keer per maand langs gaan bij mensen die drie tot zes maanden ervoor hun partner verloren hebben. De bezoeken vinden gemiddeld tien keer plaats en duren één tot twee uur per keer. De vrijwilliger biedt een luisterend oor en ondersteunt bij de verwerking van het verlies. Voor deze bezoekdienst wordt een projectgroep geformeerd die bestaat uit een coördinator en een *pool* van bezoekers.

Het inzetten van lotgenoten biedt de mogelijkheid van wederzijdse (h)erkenning, doordat:

- men een rouwproces als ervaring deelt
- men een levensfase deelt (bezoeker en bezochte zitten in dezelfde leeftijdscategorie)
- de betrokkenen als generatiegenoten vaak op dezelfde wijze omgaan met belangrijke levensgebeurtenissen.

Door bovenstaande factoren kan de bezoekvrager zich beter identificeren met de vrijwilliger. Bovendien kan laatstgenoemde hiermee als voorbeeld dienen voor de bezoekvrager ('hij/zij was in staat om het levensprobleem aan te pakken en is er goed doorheen gekomen'). Zo kan een impuls gegeven worden aan de motivatie om de nieuwe situatie het hoofd te bieden.

De inzet van ervaringsdeskundige vrijwilligers draagt daarnaast ook bij aan netwerkuitbreiding; de vrijwilliger neemt weer deel aan het maatschappelijk leven en kan iets voor een ander betekenen. Het mes snijdt dus aan beide kanten; zowel de bezoekvrager als de vrijwilliger heeft profijt van de bezoekdienst. De bezoekdienst biedt beide partijen de mogelijkheid zich verder te ontplooiën.

Projectmatig werken

In de handleiding wordt een projectmatige aanpak geadviseerd. Deze aanpak, die gekenmerkt wordt door een duidelijke fasering, biedt veel houvast bij de uitvoering, aldus de ontwikkelaar. De verschillende fasen die doorlopen worden zijn in de handleiding uitgebreid uitgewerkt en worden samengevat in een zogenaamd fasenschema, waar de projectcoördinator mee aan de





slag kan. In de laatste fase kijkt de projectorganisatie of het project gecontinueerd en ingebed kan worden binnen de organisatie. Idealiter wordt huisbezoek onderdeel van het vaste aanbod. De volgende fasen worden onderscheiden.

Fase 1: het initiatief (maand 1-3)

In deze fase staat het verkennen van de haalbaarheid en het creëren van draagvlak voor het project centraal. Gekeken wordt naar de bereidheid tot lokale deelname vanuit de regio. Er wordt een projectgroep geformeerd. Een andere activiteit in deze fase is het aangaan van contacten met stakeholders, ten behoeve van samenwerking en het maken van afspraken, bijvoorbeeld over verwijzingen of deskundigheidsbevordering. Het is belangrijk dat de *stakeholders* (bijvoorbeeld welzijnswerk, ouderenwerk en thuiszorg) op de hoogte zijn van de bezoekdienst.

Fase 2: de voorbereiding (maand 4-6)

In deze fase worden de organisatorische voorwaarden ontwikkeld, zoals het opstellen van een projectplan en het zorgen voor financieel draagvlak.

Fase 3: de uitvoering (maand 7-20)

De operationele fase, waarin de bezoekdienst gaat draaien, is de meest omvangrijke en centrale fase in het proces. De uitvoeringsfase wordt in het handboek onderverdeeld in een aanloopfase (onder andere het realiseren van een vrijwilligerspool voor de bezoekdienst), een startfase (waarin bekendmaking en PR een rol speelt) en een operationele fase (uitvoering van de bezoekdienst en het bewaken van de voortgang).

Fase 4: de afsluiting/overdracht (maand 20-36)

Deze laatste fase omvat een tweetal centrale taken, te weten structurele inkadering (de bezoekdienst laten continueren binnen bestaande voorzieningen) en advisering en ondersteuning hierbij.

De werkwijze

De praktische uitwerking van de bezoekdienst wordt in de handleiding beschreven volgens de volgende activiteiten:

1. de werving van vrijwilligers
2. de werving van de doelgroep
3. de werkwijze van de bezoekdienst
4. begeleiding.

1. De werving van vrijwilligers

De kern van de bezoekdienst wordt gevormd door de vrijwilligers. Werving van deze groep is daarmee één van de belangrijkste aspecten in de voorbereiding van de bezoekdienst. De handleiding besteedt uitgebreid aandacht aan deze werving. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de werving van de coördinator en de werving van vrijwillige bezoekers. De coördinator kan onder andere geworven worden door middel van een oproep in regionale dag- en weekbladen.

Er dient een vrijwilligerspool gevormd te worden met een omvang van acht tot tien vrijwilligers per 15.000 tot 18.000 inwoners. Hierbij wordt uitgegaan van één bezoekadres per bezoeker, maar het komt ook voor dat een huisbezoeker meerdere bezoekadressen tegelijk heeft. In de





handleiding wordt uitgebreid ingegaan op de taken en competentieprofielen van zowel de coördinator als de bezoekers (zie ook 1.7).

De wervingsmethode voor de vrijwillige bezoekers geschiedt ook via een oproep in regionale dag- en weekbladen. Daarnaast kan gedacht worden aan een oproep via plaatselijke ouderen- en vrijwilligersorganisaties of via mond-tot-mondreclame.

Wanneer de vrijwilligers eenmaal zijn aangetrokken, worden zij allereerst uitgebreid geïnformeerd over de bezoekdienst, in een plenaire bijeenkomst of een individueel gesprek. Vervolgens vindt er een individueel kennismakingsgesprek plaats met de coördinator. Is dit gesprek van beide kanten positief, dan volgt de vrijwilliger een cursus (zie 1.7). Deze cursus werkt tevens als selectiemiddel. Na afloop van de cursus wordt dan ook een nieuw gesprek gepland, waarin een definitief besluit genomen wordt over deelname aan de bezoekdienst. Is dit het geval, dan wordt er een contract opgesteld waarin rechten en plichten van de vrijwilliger worden vastgelegd.

2. De werving van de doelgroep

De doelgroep wordt drie tot zes maanden na het verlies van partner door middel van een brief op de hoogte gebracht van het bestaan van de bezoekdienst. Dit geschiedt via de plaatselijke gemeente. Daarnaast kan men zelf contact opnemen met de regionale coördinator van de bezoekdienst. Bij de werving van de doelgroep wordt onderscheid gemaakt tussen de verweduwden zelf (direct) en de intermediairs, te weten de directe omgeving van de verweduwden (familie, vrienden) en personen of organisaties die beroepsmatig contact hebben met de doelgroep (indirect, zoals huisarts, tandarts en fysiotherapeut).

Directe werving is gericht op het gericht toesturen van informatie en het ophangen van posters op strategische openbare plaatsen waar de doelgroep regelmatig komt. Indirecte werving via intermediairs kan gericht zijn op het voeren van gesprekken met intermediaire organisaties, het organiseren van informatiebijeenkomsten of het afgeven van interviews in lokale dag- en weekbladen (zie 1.5). Indirecte werving is belangrijk, omdat ouderen vaak een hoge drempel ervaren voor zelfstandige aanmelding bij de bezoekdienst. Aandacht voor zichzelf vragen is vaak moeilijk. Het attenderen van de verweduwden op het bestaan van de bezoekdienst door bekenden kan de drempel verlagen en de stap makkelijker maken. Voor professionele intermediairs kan daarom een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd worden, waar ook vragen direct kunnen worden beantwoord. Intermediairs zijn bijvoorbeeld huisartsen, stichting welzijn ouderen, thuiszorgorganisaties en kerkelijke organisaties.

Hoewel er voor familie en vrienden niet aan gerichte werving wordt gedaan, worden zij via de brief aan de verweduwde persoon vaak wel geconfronteerd met het bestaan van de bezoekdienst, of lezen zij het in een plaatselijke krant. Op deze wijze kunnen zij de verweduwde persoon ook attenderen op de mogelijkheden van de bezoekdienst (persoonlijke communicatie met ontwikkelaar, 2010).

De uitvoerders van de bezoekdienst dienen een publiciteitsplan op te stellen waarin ze aangeven op welke wijze zij aandacht besteden aan werving van de doelgroep. Dit plan wordt jaarlijks bijgesteld.

3. De werkwijze van de bezoekdienst





Een bezoeker kan contact opnemen met de bezoekerdienst om zich aan te melden. Er wordt een afspraak gemaakt voor een kennismakingsgesprek met de coördinator. Dit gesprek is bedoeld om informatie te geven over de werkwijze van de bezoekerdienst en het samen verkennen van de wensen en behoeften van de verweduwd persoon. Indien deze hierna instemt met het bezoek, zoekt de coördinator een geschikte vrijwilliger. Er dient volgens de ontwikkelaar dan ook goed gekeken te worden of het contact verstandig is. Indien de vrijwilliger en bezoeker bijvoorbeeld bekenden van elkaar zijn, kan dit verwarrend werken. Wanneer een goede *match* tot stand is gekomen, zal de vrijwilliger gemiddeld tien bezoeken afleggen. De gesprekken gaan expliciet over het verlies en alles wat daarmee samenhangt. De bezoeken vinden bij voorkeur maandelijks plaats, waarbij de eerste maand twee (of desgewenst meer) bezoeken plaatsvinden om het contact te verstevigen. De vrijwilliger houdt een registratie bij van de bezoeken. Na vijf bezoeken vindt er een tussentijdse evaluatie plaats en nadat alle bezoeken zijn afgelegd is er een afsluitend eindgesprek. De vrijwilligers krijgen een cursus aangeboden waarin zij zicht krijgen op de verschillende fasen van ondersteuning bij rouwverwerking en gesprekstechnieken leren. Ook wordt aandacht besteed aan het aangeven van grenzen. De cursus bestaat uit vier tot zes bijeenkomsten.

4. Begeleiding

Aan de ondersteuning en begeleiding van de vrijwilligers en de coördinator wordt in de handleiding uitgebreid aandacht besteed. Zie voor meer informatie hierover 1.7 (intervisie en werkbegeleiding).

1.6 Materiaal

Het volgende materiaal is beschikbaar:

Handleiding bezoekerdiensten voor weduwen en weduwnaars, een model voor de opzet van een bezoekerdienst, geschreven door E. Kox, K. Huibers en I. Staarink, uitgegeven in 1997 door Spectrum in Arnhem. Deze handleiding bevat een gedetailleerd stappenplan voor het ontwikkelen en verankeren van de bezoekerdienst in de regio. Tevens staat hierin informatie over de werving, training en begeleiding van vrijwilligers.

Ggz-instellingen verzorgen de cursus op aanvraag. In Gelderland biedt Spectrum een jaarlijkse inhoudelijke studiedag voor de Gelderse bezoekerdiensten (zie 1.7).

1.7 Benodigde competenties van de professional

Vereisten en competenties

Zowel voor de coördinator als voor de vrijwillige bezoekers is in de handleiding een





competentieprofiel opgenomen.

Coördinator

De taken van de coördinator zijn:

- ondersteunen van de vrijwilligers
- regelen van administratie aangaande de bezoekdienst
- voeren van kennismakingsgesprekken met de doelgroep
- zorg dragen voor uitvoering van de bezoekdienst
- verzorgen en uitvoeren van PR-activiteiten
- organiseren van deskundigheidsbevordering in samenwerking met de projectgroep
- algehele leiding en bewaking van de continuïteit van de bezoekdienst.

De benodigde competenties en vereisten voor deze functie zijn volgens de handleiding:

- ervaring in het begeleiden van vrijwilligers
- affiniteit met of ervaring in het werken met ouderen
- bekendheid met het thema rouwverwerking
- beschikbaarheid voor tenminste twee jaar.

Vrijwillige bezoekers

- De taken van de bezoekers zijn:
- het bezoeken en voeren van gesprekken met verweduwde personen
- het verslag doen van deze gesprekken
- het bijwonen van maandelijkse bijeenkomsten.

Daarnaast heeft de vrijwilliger een signaleringsfunctie om eventuele probleemgevallen tijdig door te verwijzen of op te merken.

De vereisten voor deze functie zijn:

- zelf (minimaal 2 jaar) verweduwd zijn
- minimaal een dagdeel per week beschikbaar zijn
- in dezelfde leeftijdsfase verkeren als de doelgroep
- voldoende mobiel zijn.

Bij benodigde competenties gaat het in de handleiding vooral om de bereidheid om:

- zich actief in te zetten voor de bezoekdienst
- de cursus/training te volgen
- de maandelijkse bijeenkomsten bij te wonen
- ervaringen uit te wisselen met anderen.

In de handleiding wordt niet gesproken over vereiste beroepsopleidingen voor beide functies.

Training

De vrijwilligers volgen de cursus 'Helpen bij rouwverwerking' alvorens bezoeker van de bezoekdienst te worden. Het doel van de cursus is de vrijwilliger beter toe te rusten om anderen te kunnen bijstaan. De cursus kan gegeven worden door diverse maatschappelijke organisaties,





zoals ggz-instellingen, maatschappelijk werk, oudereneducatie of sociaal-cultureel werk. De cursus bestaat uit zes bijeenkomsten van twee en een half uur. Er worden verschillende (theoretische en praktische) thema's behandeld, zoals beeldvorming, rouwproces, luistervaardigheden en gespreksvoering. Ook oefenen de deelnemers praktijksituaties.

Intervisie en werkbegeleiding

Ondersteuning en begeleiding van de vrijwilligers is erg belangrijk, vooral omdat ook zij een partner hebben verloren en de materie dicht bij hen staat. Uitvoering van de bezoeken kan onverwachte emoties oproepen. De coördinator neemt daarom de begeleiding van vrijwilligers voor zijn of haar rekening, waarbij (functionerings)gesprekken plaatsvinden en de coördinator in de gaten kan houden of de bezoeken niet een te zware belasting is voor de vrijwilligers. Daarnaast komen de vrijwilligers maandelijks bijeen om ervaringen met elkaar uit te wisselen. Dit heeft een motiverende en inspirerende werking en bevordert de groepsvorming. Zo wordt bijgedragen aan een gezamenlijke visie op de bezoeken en een eenduidige uitstraling naar buiten toe.

Het begeleiden van de coördinator kan gebeuren in de vorm van contacten met deskundigen op het gebied van rouwverwerking, die indien nodig op consultatiebasis geraadpleegd kunnen worden. Daarnaast raadt de ontwikkelaar aan om contacten te onderhouden met andere coördinatoren van bezoeken, zodat intervisie plaats kan vinden.

Deskundigheidsbevordering

Coördinator

Door middel van literatuur, studiedagen of gesprekken met deskundigen of organisaties kan de inhoudelijke kennis over het thema rouwverwerking of de doelgroep ouderen vergroot worden. Afhankelijk van de voorkennis van de coördinator kan er extra aandacht besteed worden aan het overdragen van kennis met betrekking tot het werken met vrijwilligers. Deze bijscholing moet de coördinator in staat stellen om optimaal leiding te geven aan de praktische uitvoering van de bezoeken, de vrijwilligers zo goed mogelijk te begeleiden en (mee) inhoud te geven aan hun deskundigheidsbevordering.

Vrijwillige bezoekers

Regelmatig komen de vrijwilligers in aanraking met facetten van het werk die om verdere verdieping vragen. Deskundigheidsbevordering is van belang om de continuïteit in de begeleiding en de motivatie van vrijwilligers zo hoog mogelijk te houden.

Deskundigheidsbevordering is hier gericht op kennisoverdracht, het oefenen van sociale vaardigheden en het aanleren van een beroepshouding. Vrijwilligers kunnen zich zo bijvoorbeeld meer bewust worden van hun positie en taak, een breder beeld krijgen van het rouwproces en de omgang daarmee, een beter inzicht krijgen in de doelgroep en zich beter leren inleven in de situatie van de gebruikers van de bezoeken.

Via Stichting Spectrum wordt er ieder jaar een halve dag georganiseerd voor alle vrijwilligers en coördinatoren van bezoeken. Dit dagdeel staat in het teken van deskundigheidsbevordering. Thema's worden per jaar vastgesteld, er is altijd een gastspreker en er is ruimte voor ontmoeting (www.spectrum-gelderland.nl). Daarnaast geeft de landelijke stichting Rouwbegeleiding cursussen, daar kan een bezoeken (tegen betaling) gebruik van





maken (persoonlijke communicatie met ontwikkelaar, 2010).

1.8 Overige randvoorwaarden

Kwaliteitsbewaking

Er wordt veel aandacht besteed aan kennisontwikkeling en deskundigheidbevordering van de vrijwilligers. De training, gesprekken met de coördinator en intervisie zijn manieren om de kwaliteit van de bezoeken te bewaken. Ook de tussentijdse en eindevaluatie van de bezoekers met de doelgroep maken deel uit van de kwaliteitsbewaking. Daarnaast vindt er ook een afsluitend gesprek plaats tussen de coördinator en de verweduwde persoon. Tot slot begeleidt de coördinator de vrijwilliger intensief en worden er jaarlijkse (individuele) evaluatiegesprekken met hen gehouden.

Kosten van de interventie

De kosten die verbonden zijn aan de uitvoering van de bezoeken bestaan uit startkosten en de jaarlijkse kosten van de uitvoering. Globaal genomen gaat het bij startkosten om wervingskosten van vrijwilligers, de cursusopzet voor de vrijwilligers en de PR. In de handleiding wordt dit gebudgetteerd op ongeveer 1350 euro. De jaarlijkse kosten voor de uitvoering bestaan uit de onkosten voor de coördinator, de onkosten voor de vrijwilligers en de huisvestingskosten (huur van ruimte voor bijeenkomsten). Dit wordt gebudgetteerd op hetzelfde bedrag. Belangrijk is hierbij, dat de handleiding geschreven is in 1997 en een inschatting van reële kosten wellicht een *update* behoeft.

1.9 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies

De methode *Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars* vertoont overeenkomsten met een aantal andere interventies.

Vriendschappelijk huisbezoek

Net als bij de bezoeken voor weduwen en weduwnaars is de inhoud van deze methode ook gericht op het bieden van een luisterend oor door middel van het brengen van een bezoek aan ouderen (Maas, 2003). Doel van het vriendschappelijk huisbezoek is om sociaal isolement bij ouderen te voorkomen of te bestrijden. Mensen die er behoefte aan hebben krijgen regelmatig een vrijwilliger met zo mogelijk dezelfde interesses op bezoek. Hoe de tijd wordt ingevuld bepalen de deelnemer en de vrijwilliger zelf; een wandeling, een spelletje, televisie kijken of gewoon gezellig een praatje maken onder het genot van een kop koffie. Een groot verschil tussen beide interventies is dat het huisbezoek voor weduwen en weduwnaars specifiek ontwikkeld is voor ondersteuning bij het rouwproces en de verwerking van het verlies. Gesprekken die gevoerd worden zijn gericht op de rouwverwerking. Daarnaast is het vriendschappelijk huisbezoek langdurig qua opzet, terwijl het bij de bezoeken gaat om een





vastgesteld aantal bezoeken.

Activerend huisbezoek

Het hoofddoel van *Activerend huisbezoek bij ouderen* is het verbeteren of eventueel herstellen van de zelfredzaamheid en het welbevinden van ouderen (Ter Steege & Penninx, 1997). Het gaat hierbij om zelfstandig thuiswonende 55-plussers die door omstandigheden uit hun evenwicht zijn geraakt. De kern van Activerend huisbezoek bij ouderen is dat een vrijwillige huisbezoeker ouderen wekelijks aan huis bezoekt. Hierbij is systematische aandacht voor sociale ondersteuning en activering. Hoewel er duidelijke overeenkomsten zijn tussen dit huisbezoek en de bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars, is er een belangrijk verschil; het activerend huisbezoek is er echt op gericht om mensen aan te zetten tot het actiever en zelfstandiger bewegen in het maatschappelijk verkeer en de zelfredzaamheid hierbij te vergroten. De bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars is meer gericht op het bieden van ondersteuning bij het rouwproces, het geven van praktische tips en het beantwoorden van vragen over dit rouwproces. In mindere mate is het gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid van ouderen in algemene zin.

Omdat de hierboven beschreven methoden qua doel en aanpak te zeer verschillen van de methode *Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars* nemen we eventuele onderzoeken naar deze methoden niet mee als indirect bewijs (zie paragraaf 4.2 en bijlage 1).

1.10 Contactgegevens ontwikkelaar

De Gelderse Roos/Indigo
Wagnerlaan 2
6815 AG Arnhem
www.indigogelderland.nl

Contactpersoon:
Irm Staarink
(026) 312 40 00
I.Staarink@indigogelderland.nl





2. Onderbouwing

2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode

De basisprincipes van de methode *Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars* zijn ontleend aan het Widow to Widow Program (Silverman, 1974) dat in de Verenigde Staten is ontwikkeld. Vervolgens is door De Gelderse Roos, in samenwerking met GGnet en Spatie een eigen invulling gegeven aan de bezoeken dienst in Nederland. In 1995 is in Nederland gestart met de uitvoering van de eerste bezoeken dienst. Er is in 1999 een tevredenheidsonderzoek gedaan naar de bezoeken dienst, op basis waarvan enkele verbeterpunten zijn opgesteld. Zie voor dit onderzoek 3.3.

2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

Het Widow tot Widow Program is ontwikkeld door Phyllis Silverman en operationeel geweest in de jaren '70 van de vorige eeuw (zie ook 4.2). Het idee ontstond toen Silverman onderzocht aan welke diensten verweeduwen behoeften hadden. Al snel ontdekte zij dat reguliere therapieën vaak niet werkten en niet voldoende inspeelden op de wensen van de verweeduwde personen. Uit gesprekken met sociaal-maatschappelijke organisaties concludeerde Silverman dat de doelgroep ook daar weinig gebruik van maakte, of pas in een later stadium na het overlijden van de partner. Maar dan nog werd het begrip rouw vaak overschaduwd door andere problematiek en werd verlies van de partner niet als primaire roep om hulp geïdentificeerd. Het centraal stellen van het rouwproces was iets wat minder goed begrepen werd door hulpverlenende instanties.

Uit onderzoek van Maddison & Walker (in Silverman, 2004) bleek tevens, dat mensen die recent iemand verloren hadden, zich het liefst tot vrienden en familie keerden. Professionele of psychiatrische hulp bleek vaak een teleurstelling, volgens de verweeduwde personen. In het informele circuit bleken zelfs al kleine netwerken te bestaan van weduwen en weduwnaars die elkaar opzochten. Dit was de basis van het programma, dat van oorsprong vrouwen die minimaal twee jaar verweeduwd waren, in contact liet komen met mensen die recent iemand verloren hadden. Het doel van dit contact was het bieden van een luisterend oor, het uitwisselen van ervaringen en het geven van antwoord op praktische vragen die het verlies met zich mee bracht.

Lotgenotencontact

Het Widow to Widow Program sluit volgens Silverman aan bij het belang van wederzijdse hulp en lotgenotencontact. De laatste decennia is er steeds meer interesse gekomen voor hulpverlening in de vorm van lotgenotencontact (Silverman, 2004). Het soort hulp, dat gekenmerkt wordt door het delen van dezelfde soort ervaringen, is vaak informeel en spontaner dan professionele hulpverlening. In tijden van nood hebben mensen soms lotgenoten nodig waar zij van kunnen leren en die zij kunnen beschouwen als voorbeeld (Silverman, 1974;





Gartner & Reissman, in Silverman, 2004; Lieberman & Borman, in Silverman, 2004; Powell, in Silverman, 2004). Lieberman en Borman (in Silverman, 2004) vergeleken 71 leden van een lotgenotengroep met verweduwde mensen die geen lid waren. Hierbij bleek, dat hoe meer betrokken een groepslid was, hoe beter de resultaten waren met betrekking tot zijn of haar zelfvertrouwen en de afwezigheid van symptomen van depressie.

Uit ander onderzoek naar lotgenotenhulp van Lifton (1973) blijkt dat er op verschillende niveaus factoren onderscheiden kunnen worden die van toegevoegde waarde zijn bij het verwerken van het probleem. Lifton onderscheidde in zijn onderzoek de volgende niveaus, die voor verschillende soorten lotgenotencontacten kunnen opgaan.

- Affiniteit; het is voor verweduwde personen vaak erg geruststellend dat er iemand is die hetzelfde heeft meegemaakt. Je deelt een bepaalde ervaring met elkaar, waardoor het 'ijs vaak al gebroken is'. Het wordt makkelijker over gevoelens te praten en de ontvanger van hulp voelt zich niet alleen staan in het verdriet.
- Aanwezigheid; doordat de ander er 'is', wordt het mogelijk van elkaar te leren en nieuwe ervaringen uit te wisselen. Mensen die onlangs iemand verloren hebben, kunnen zich overweldigd voelen door nieuwe emoties. Niet iedereen begrijpt hen en het praten met lotgenoten kan een enorme opluchting betekenen als het gaat om het leren omgaan met onbekende gevoelens.
- 'Self-generation'; met het leren begrijpen van de nieuwe situatie, wordt men ook als het ware een nieuw mens. In de ontwikkeling naar een nieuwe fase van het leven (die van leven zonder partner) ontstaat er een soort nieuw 'zelf'; iemand die bijvoorbeeld graag nu de rol van helper wil zijn. Het gevoel weer nodig te zijn voor anderen is vaak een zeer belangrijk onderdeel in het ontwikkelen van nieuw geluk.





3. Onderzoek naar praktijkervaringen

3.1 Uitvoerende organisaties

Spreiding

De methode *Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars* is in 1997 geïntroduceerd. Sindsdien wordt de methode veelvuldig gebruikt in Nederland. De methode wordt verspreid over het hele land in diverse regio's ontwikkeld en uitgevoerd. Veel gemeenten voeren de methode uit als onderdeel van hun ouderenbeleid of als preventie-instrument. Binnen lokale welzijnsinstellingen voor ouderen komen bezoekdiensten voor weduwen en weduwnaars veel voor. Het gaat hierbij om stichtingen welzijn ouderen, algemene welzijnsinstellingen en ggz-instellingen. De verschillende uitvoerende instanties werken met het handboek, maar voeren wel allen op eigen wijze de bezoekdienst uit. Dit betekent dat zaken als werving en selectie, PR en uiteindelijke uitvoering per bezoekdienst kunnen verschillen.

Er zijn geen landelijke cijfers over de spreiding van het gebruik van de methode bekend.

Verankering in gemeentebeleid

Hoewel het handboek hier verder niet op ingaat, past de methode *Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars* goed in het beleid van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Maatschappelijke participatie, zelfredzaamheid van burgers en 'meedoen' in algemene zin staan centraal in deze wet. Maatschappelijke ondersteuning moet ervoor zorgen dat iedereen kan meedoen in de maatschappij. Dat mensen zelfstandig kunnen wonen en leven in hun eigen huis, wijk of buurt. De bezoekdienst speelt hier op concrete wijze op in; enerzijds helpt het ouderen om te gaan met het rouwproces om zo een dreigend sociaal isolement af te wenden, anderzijds blijven de vrijwillige bezoekers (als verweduwde personen) deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Maatschappelijke participatie wordt hiermee op dubbele wijze nagestreefd.

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

- *Eindrapportage Pilot Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars 'De Cirkel'*, geschreven door Petra Noordhof, in 2006 uitgegeven door Trajekt, ondernemen in welzijn, in Maastricht.
- *Rapportage Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars*, geschreven door Petra Noordhof, in 2007 uitgegeven door Trajekt, ondernemen in welzijn, in Maastricht.

Bovenstaande rapportages zijn het resultaat van een interne pilot die is gedraaid in de periode 2003-2007 met betrekking tot de bezoekdienst. Het maakte deel uit van het landelijk onderzoek van het Trimbos-instituut (zie 4.1). In deze periode zijn in totaal 135 mensen opgenomen in de





bezoekdienst en zijn 30 vrijwilligers actief geweest (de meeste vrijwilligers bezochten meer dan één cliënt). In dit project, dat de naam 'De Cirkel' heeft gekregen, is nauw samengewerkt met andere organisaties en is een stuurgroep opgericht.

- *Schriftelijke evaluatie Trajekt*, in 2010 geschreven door Petra Noordhof. In deze evaluatie (persoonlijke communicatie tussen methodebeschrijver en Petra Noordhof) wordt kort ingegaan op de praktische toepasbaarheid, het bereik, de valkuilen en cruciale succesfactoren van de bezoekdienst.
- *Onderzoek naar satisfactie bezoekdiensten*, geschreven in 1999 door studenten van de Radboud Universiteit Nijmegen opleiding Psychologie, in opdracht van De Gelderse Roos.

In dit interne onderzoek van De Gelderse Roos is een evaluatie verricht onder bezoeken die afgelegd zijn in Apeldoorn, Lichtenvoorde en Elst. Zowel aan de bezoekvragers als aan de vrijwilligers zijn vragen voorgelegd, die vervolgens zijn opgenomen in een eindverslag (ongepubliceerd). In totaal zijn 26 weduwen en weduwnaars ondervraagd en 35 vrijwilligers. De vragen waren vooral gericht op de gesprekken zelf, de inhoud ervan en de tevredenheid over de bezoekdienst. Het verslag is vooral een neerslag van data, er worden geen analyses gemaakt en geen conclusies getrokken.

3.2 Praktijkervaringen van de professional

Uit de evaluaties (Noordhof, 2006; Noordhof 2007; De Gelderse Roos, 1999) is naar voren gekomen dat de methode goed aansluit bij de doelgroep. De gesprekken blijken inhoudelijk het meest te gaan over het overlijden van de partner, gevoelens van eenzaamheid, de kinderen en het geleefde leven samen met de partner. Indien de vrijwilligers goed getraind zijn, is er sprake van een mens-tot-menscontact wat bij deze problematiek zeer goed werkt. Vrijwilligers zijn getraind om goed te luisteren, door te vragen en samen te vatten, waardoor ze beter zicht kunnen krijgen op de behoeften van de bezoekvragers. Daarnaast blijkt dat vrijwilligers zich persoonlijk betrokken voelen bij de methode, waardoor zij de voordelen ervan in hun directe omgeving ook uitdragen.

“Wat levert de bezoekdienst mij op? Ik hoop mensen een beetje ondersteuning te bieden in een zeer moeilijke fase van hun leven. (...) Wat ik te bieden heb is een luisterend oor, begrip en empathie waardoor er een vertrouwensband kan ontstaan. (...) Hierdoor komt bij de strijd om te overleven weer langzaam plaats voor een beetje levensvreugde. Als ik dit op de een of andere manier kan bewerkstelligen denk ik dat ik een klein steentje heb bijgedragen aan het welzijn van desbetreffende en dat stemt mij tevreden.” (citaat van een vrijwilliger) (Noordhof, 2006)

De praktische toepasbaarheid van de methode

Volgens de coördinator van één van de bezoekdiensten hebben zich nooit problemen voorgedaan in het proces van de bezoekdienst (Noordhof, 2010). Vrijwilligers hebben een grote





mate van vrijheid in het regelen van afspraken en het rapporteren over de bezoeken. Het proces van afsluiting geeft soms wel problemen. Bezoekvragers missen het contact na afloop nog wel eens en ervaren weer gevoelens van eenzaamheid als de bezoeken zijn afgesloten. Voor vrijwilligers is het soms ook lastig het goede moment van afsluiting te bepalen (zie ook 'valkuilen').

Voorts is gebleken dat de groep vrijwilligers (vanuit bijeenkomsten) een dusdanig contact met elkaar heeft opgebouwd, dat de leden van de groep elkaar opzoeken als hulp of steun gewenst is bij moeilijke situaties (Noordhof, 2006; Noordhof, 2007). Ook geven vrijwilligers aan veel voldoening te ervaren in het werk. Ze zien de bezoeker in de loop van de bezoeken opknappen en hebben het gevoel echt bij te dragen aan hun welzijn. Het mes snijdt dus aan twee kanten; aan de ene kant de toegevoegde waarde voor de bezoeker, aan de andere kant is het voor de vrijwilliger, die immers zelf ook een rouwproces heeft doorgemaakt, een manier om iets positiefs te halen uit de eigen situatie. Dit wordt ook wel de 'voor en door' aanpak genoemd.

Bereiken van de doelgroep

Uit evaluaties (Noordhof, 2006; Noordhof, 2007) blijkt dat het bereik van de doelgroep ongeveer ligt tussen de 5% en 10% van het totaal aantal aanschrijvingen. Adressen worden doorgaans verkregen via de gemeente of de gemeente schrijft zelf mensen aan in verband met privacy. Mensen reageren vaak ofwel direct na ontvangst van de brief, of na heel lang aarzelen. Laatstgenoemde groep blijkt dan ook vaak op aanraden van familie of verwijzer (bijvoorbeeld de huisarts) contact op te nemen. Met name organisaties als RIAGG en Maatschappelijk Werk melden zich nog wel eens met bezoekers. Hieruit blijkt dat de bekendheid van de methode steeds groter wordt.

"Alleen al de brief van de bezoeker heeft mij bijzonder getroffen, dat er vanuit de gemeente aan deze groep gedacht wordt. Ik hoop dat er velen zullen zijn die dezelfde gevoelens hebben."
(citaat van een bezoeker)(Noordhof, 2006)

Valkuilen en onvoorziene omstandigheden

Veel vrijwilligers lopen tegen hetzelfde probleem aan bij de afsluiting van de bezoeker: wat is het goede moment? (Noordhof, 2006; Noordhof, 2007; Noordhof, 2010). Bezoekers zijn soms uit op vriendschap, of geven aan op te zien tegen een situatie zonder de vrijwilliger. Andere bezoekers vertonen claimgedrag en klampen zich vast aan de vrijwilliger. Dit alles maakt afsluiten soms moeilijk. Ook doorverwijzen is vaak lastig, bij een intake komen soms complexe problemen naar voren. De drempel naar het Maatschappelijk Werk of de ggz-instelling blijkt vaak te hoog. Bovendien komt er een grote mate van professionaliteit en bijbehorende signalering bij kijken, wat voor vrijwilligers soms te hoog gegrepen kan zijn. Daarnaast blijkt het bij weduwnaars regelmatig voor te komen dat men het rouwproces niet wil aangaan. Het intakegesprek blijkt dan al zoveel te hebben losgemaakt dat men niet verder wil praten. Ook blijken sommige cliënten meer geschikt om aan een groep deel te nemen. Een individuele benadering kan soms als bedreigend worden ervaren en binnen een groep hoeft de cliënt zich niet per se centraal te stellen.

Cruciale succesfactoren

Een aantal factoren is van essentieel belang om de bezoeker goed te laten slagen





(Noordhof, 2006). Zo is het belangrijk om te zorgen voor een goede koppeling tussen bezoeker en vrager. Hoe beter de *match*, hoe hoger de kans dat het contact als gewenst verloopt. Het is één van de speerpunten van de methode en daarmee een belangrijke succesfactor. Daarnaast blijkt voor de coördinator van de bezoekdienst een aantal belangrijke factoren doorslaggevend. Zo moet de coördinator voortdurend oog hebben voor de kwaliteit van de bezoekdienst, met aandacht voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van de vrijwilligers. Zij moeten het uiteindelijk doen en hun positie moet optimaal ondersteund worden. Ook blijft een regelmatige werving van vrijwilligers essentieel. Daarnaast is het noodzakelijk veel tijd te nemen voor het intakegesprek van een bezoeker. Dit om een zo goed mogelijke inschatting te kunnen maken van het profiel van de bezoeker en doortastend te zijn in de keuze voor opname in de bezoekdienst, dan wel verwijzing naar andere instanties. Tot slot is het belangrijk vrijwilligers te blijven wijzen op het belang van grenzen aangeven, zodat zij op de juiste wijze (gedoseerd) aandacht geven aan de bezoeker en niet teveel opgaan in het contact.

“Ik zie het (de functie van coördinator van de bezoekdienst) als een verrijking van mijn werkzaamheden als ouderenadviseur. (...) De actieve betrokkenheid van de vrijwilligers voor hun cliënten maar ook voor elkaar is groot. Ook de wil om van elkaar en de intervisie te leren, zie ik als zeer positief.” (citaat van een coördinator) (Noordhof, 2006)

3.3 Praktijkervaringen van de cliënt/burger

De tevredenheid onder de bezoekers is zeer hoog, zo blijkt uit evaluaties (Noordhof, 2006; Noordhof, 2007; Noordhof, 2010; De Gelderse Roos, 1999). Deelnemers aan de bezoekdienst kunnen na afloop van het project makkelijker over hun verlies praten. Ook geven zij aan na afronding van de gesprekken hun verlies meer aanvaard te hebben. Daarnaast zijn veel deelnemers meer gaan ondernemen na de gesprekken zodat hun maatschappelijke participatie verhoogd is. De tevredenheid blijkt zo groot te zijn dat zij de bezoekdienst zouden aanraden bij anderen. Het open en vertrouwd kunnen praten met een objectief persoon wordt zeer gewaardeerd. Met de vrijwilliger wordt vooral ook gesproken over zaken die niet bespreekbaar zijn met vrienden of familie. Het feit dat de bezoeker zelf ook een rouwproces heeft doorgemaakt, heeft voor de cliënt een grote toegevoegde waarde. Ook heeft de bezoeker meer tijd en aandacht dan een professional; deze is vaak meer aan tijd gebonden en minder persoonlijk.

“Het is zo fijn met iemand te praten die geen familie is, ze kijkt objectief naar mij en mijn situatie. Ik kan haar alles vertellen. Zij luistert goed en geeft mijn gevoelens weer.” (citaat van een bezoeker) (Noordhof, 2006)

“Je kunt je emoties kwijt zonder je beschaamd te voelen.” (citaat van een bezoeker) (Noordhof, 2006)

Uit evaluaties (Noordhof, 2006; Noordhof 2007; De Gelderse Roos, 1999) blijkt verder, dat net als de coördinatoren, ook de bezoekers het belangrijk vinden om een zo goed mogelijke





match met een vrijwilliger te vormen. Vooral voor wederzijdse erkenning en inlevingsgevoel is dit een belangrijke factor. Het draagt bij aan een open sfeer waarin gevoelens gemakkelijk geuit kunnen worden.

3.4 Praktijkvoorbeeld

Er is geen volledige casestudy beschikbaar, maar het volgende voorbeeld geeft aan hoe de *Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars* kan verlopen.

Bezoekvrager: mevrouw Y, 66 jaar

Bezoeker: mevrouw M, 69 jaar

Aanmelding: eigen initiatief

Intakegesprek: januari 2009

Afsluitende gesprekken: februari 2010

Aantal gesprekken: 20

Intakegesprek

De partner van mevrouw Y is in 2000 op 59-jarige leeftijd overleden aan een hartstilstand. Kort daarna kreeg mevrouw Y een herseninfarct. Ze is daarvan hersteld, maar ondervindt nog steeds restverschijnselen. Ze waren net beiden met vervroegd pensioen gegaan om nog meer van het leven te gaan genieten. Y heeft zich na herstel van haar ziekte in allerlei activiteiten gestort (onder andere het geven van gastlessen vanuit haar vroegere functie). Ze heeft zich geen tijd gegund om te rouwen, wilde zich groot houden voor haar kinderen, familie en vrienden. Ze heeft zichzelf op een tweede plaats gezet: 'Doorgaan en niet bij de pakken neerzitten, ik leef nog dus moet ik die tijd goed benutten'.

Anderhalf jaar geleden overleed haar lievelingsbroer ook aan een hartstilstand. Weer gunde ze zich geen tijd om afscheid te nemen. Nu komt ze zichzelf keihard tegen en voelt een blokkade om de rouw toe te laten. Ze zegt: "Het komt zo hard terug, om wie rouw ik nu eigenlijk?" Ze vraagt zich af of ze meer om haar broer rouwt dan dat ze rouwde om haar echtgenoot. Ze wil hierover graag praten met een bezoeker, iemand waarmee ze vrij en open kan praten en die bekend is met spiritualiteit.

Bezoeker

Mevrouw Y vertelde mevrouw M dat ze dacht niet om haar man gerouwd te hebben, daar had ze zich geen tijd voor gegund. Kort daarna was ze zelf ernstig ziek geworden. Mevrouw heeft deze hele periode na het overlijden van haar man met de bezoeker doorgenomen en stapsgewijs geanalyseerd. Toen de 'ontdekking' - en daarmee de acceptatie - kwam dat ze wel degelijk om ieder van haar dierbaren had gerouwd, was dat een hele opluchting. Haar vraag was overgegaan in weten dat het goed was zoals ze het gedaan had. De bezoeker was tevreden met haar rol als gesprekspartner. Ze zegt dat het feit dat ze zelf ook een rouwproces doorlopen heeft, bepalend is voor het herkennen van knelpunten en het durven doorvragen, om zodoende de kern van het probleem te bereiken en ontrafelen.



**Bezoekvrager**

Mevrouw Y heeft veel gehad aan de gesprekken, het begrip en de betrokkenheid die zij ondervond. Ze voelde zich erkend en herkend in haar gevoelens. Zij raadt het anderen aan, omdat het echt troost biedt en herkenning geeft. Ze vindt het nu makkelijker met anderen over haar gevoelens te praten. Ze heeft het als heel warm en goed ervaren en heeft het gevoel een periode afgesloten hebben.





4. Effectonderzoek

4.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit

Nederlandse primaire onderzoeken naar de effectiviteit van de methode

Intervening after the loss of a spouse: is it (cost-)effective and for whom?, geschreven door S. Onrust, uitgegeven in 2008 door het Trimbos-instituut in Utrecht.

Onderzoeksopzet

Onrust heeft onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de bezoeken en dit onderzoek ingebed in een breder kader. Hoofdvragen hierbij waren de volgende.

1. Hebben weduwen en weduwnaars hulp nodig (om hun verlies te verwerken)?
2. Welke weduwen en weduwnaars hebben hulp nodig?
3. Is de bezoeken voor oudere weduwen en weduwnaars een effectieve interventie en voor wie is deze interventie effectief?
4. Is de bezoeken voor oudere weduwen en weduwnaars kosteneffectief?
5. Voor welke weduwen en weduwnaars is de bezoeken kosteneffectief?

De doelgroep (weduwen en weduwnaars) werd geselecteerd op basis van een aantal criteria: ze moesten het afgelopen jaar weduwe of weduwnaar zijn geworden, gematigde of sterke eenzaamheidsgevoelens hebben en niet lijden aan een psychische afwijking. Deze criteria zijn gemeten en vervolgens is er een pragmatische gerandomiseerde trial uitgevoerd met 216 weduwen (N=138) en weduwnaars (N=78), die *at random* zijn toegewezen aan de bezoeken (N=110), of die een informatieve folder hebben ontvangen over depressieve klachten (N=106). Voorafgaand aan deze selectie werden in totaal 2708 brieven verstuurd naar verzuimde personen.

Beperkingen

Aan het onderzoek kleefde een aantal beperkingen (deze beperkingen gelden ook voor onderzoeksvraag 4 en 5). Zo waren er enkele significante verschillen op eenzaamheid en kwaliteit van leven tussen de experimentele en de controlegroep, waardoor uitkomsten mogelijk vertekend kunnen zijn. Ook de uitvoering van de bezoeken zelf is niet helemaal volgens schema verlopen. Hoewel er tien bezoeken gepland waren bij de respondenten, gaven zij vaak aan na een paar bezoeken voldoende aan de ondersteuning gehad te hebben, waardoor niet alle respondenten dezelfde opzet van methode hebben doorlopen. Tot slot was er geen directe supervisie op de bezoeken, waardoor onderzoekers niet met zekerheid kunnen zeggen of de bezoeken zoals bedoeld zijn uitgevoerd.

Voor deze methodebeschrijving volstaat het om alleen in te gaan op de onderzoeksvragen 3, 4 en 5.

Onderzoeksvraag 3

Relevantie

Er zijn evaluaties uitgevoerd naar het originele Widow to Widow Program, waaraan de





bezoekdienst gedeeltelijk is ontleend (zie 2.2). Uit deze evaluaties blijkt dat er positieve effecten te zien zijn op de Goldberg General Health Questionnaire, een Amerikaans meetinstrument dat de algemene mentale gezondheid meet. In de Amerikaanse studie werd echter geen aandacht besteed aan specifieke uitkomstmaten op het gebied van depressie, angst of gecompliceerde (onverwerkte) rouw. Dit onderzoek besteedt hier daarom uitgebreid aandacht aan.

Opzet

In deze studie is de effectiviteit van de bezoekdienst gemeten op basis van de volgende uitkomstmaten: depressie, angst, somatisatie, gecompliceerde rouw en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij oudere weduwen en weduwnaars in Nederland. De randomisatie werd centraal uitgevoerd met behulp van blokrandomisatie gestratificeerd voor geslacht en regio met blokken van twee respondenten. Ondanks deze randomisatie bleken er twee significante verschillen te zijn tussen de experimentele en de controlegroep. De respondenten uit de experimentele groep waren eenzamer en hadden een lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven dan de respondenten uit de controlegroep. In de analyses is hiervoor statistisch gecorrigeerd. Gegevens zijn verzameld op drie momenten: tijdens baseline en zes en twaalf maanden na *baseline* (zie ook bijlage 3F).

De respondenten die aan de bezoekdienst werden toegewezen, ontvingen tien tot 12 bezoeken van een getrainde vrijwilliger. De bezoeken waren gericht op emotionele ondersteuning en het uitwisselen van ervaringen.

Resultaten

Zowel na zes als na 12 maanden zijn er geen significante verschillen zichtbaar tussen de experimentele en de controlegroep. Beide groepen lieten een kleine tot middelgrote verbetering zien in depressie, angst, somatisatie en gecompliceerde rouw in vergelijking tot de voormeting. Daarnaast was er wel verbetering te zien bij een bepaalde groep respondenten. De bezoekdienst had een positieve invloed op sociaal eenzame, laag opgeleide en lichamelijk zieke weduwen en weduwnaars (zie ook bijlage 3F).

Onderzoeksvraag 4

Relevantie

Tot op heden is er weinig bekend over de kosteneffectiviteit van rouwinterventies. Het is echter denkbaar dat weduwen en weduwnaars die gebruik maken van de bezoekdienst, minder vaak een beroep doen op algemene gezondheidszorg, die over het algemeen meer kosten met zich mee brengt dan de bezoekdienst zelf. Deze aanname is aan een uitgebreide studie onderworpen.

Opzet

In het kader van bovengenoemde gerandomiseerde *trial* is er gekeken naar de kosteneffectiviteit van de bezoekdienst. Hierbij is gekeken naar allerlei soorten gezondheidszorgkosten (directe kosten) en de kosten die daarmee gemoeid gaan, zoals reis- en parkeerkosten (indirecte kosten). Ook zijn de interventiekosten geïnventariseerd. Na 12 maanden is een kostenanalyse gemaakt voor de effectiviteit van de bezoekdienst.





Resultaten

Na 12 maanden laat de bezoeken dienst over het algemeen iets betere resultaten zien tegen iets hogere kosten (dit kwam door de interventiekosten). Deelnemers uit de experimentele groep vertoonden een lichte verbetering in gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven, dit was bij de controlegroep niet het geval. Het verschil was echter niet significant.

Wanneer rouwinterventies als de bezoeken dienst aangeboden worden aan alle weduwen en weduwnaars, zullen geen grote voordelen behaald worden vanuit een gezondheidseconomisch perspectief (zie ook bijlage 3F).

Onderzoeksvraag 5

Opzet

Bovenstaande wil niet zeggen dat de kosteneffectiviteit voor bepaalde groepen niet kan opgaan. Er is al onderzoek gedaan naar effectiviteit van interventies bij zogenaamde risicogroepen, zoals mensen met ernstige psychische klachten, gecompliceerde rouw, lage opleiding, slechte lichamelijke gezondheid en een gebrek aan sociale steun. Onrust heeft daarom een analyse uitgevoerd naar kosteneffectiviteit naar twee uitkomstmaten: gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven en een middelgrote tot grote verbetering in depressieve klachten. Het (risico)profiel van de respondenten was als volgt: vrouw, ouder dan 65 jaar, lage opleiding, sociale eenzaamheid, lage *mastery* (gevoel van controle en beheersing), slechte lichamelijke gezondheid, de mogelijke aanwezigheid van een depressie en gecompliceerde rouw. Ook bij deze analyse is een overzicht gemaakt van de maatschappelijke kosten en de interventiekosten. De kosteneffectiviteit van de bezoeken dienst voor verschillende hoog risicogroepen is vervolgens door middel van een incrementele *net-benefit* regressieanalyse uitgevoerd.

Resultaten

De bezoeken dienst blijkt kosteneffectief te zijn voor lager opgeleide weduwen en weduwnaars bij een *willingness to pay* van € 25.000 en gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven als uitkomstmaat. De bezoeken dienst is ook kosteneffectief voor een subgroep weduwen en weduwnaars met gecompliceerde rouw, een lagere opleiding, en sociale eenzaamheidsgevoelens. Hierbij was de uitkomstmaat een middelgrote tot grote verbetering in depressieve klachten (zie ook bijlage 3F).

4.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit

Studies in het buitenland en/of naar 'soortgelijke methoden'

A controlled study of self-help interventions for widows, geschreven door M. L. S. Vachon, W. A. Lyall, J. Rogers, K. Freedman-Letofsky, & S. J. J. Freeman, gepubliceerd in het American Journal of Psychiatry in de Verenigde Staten in 1980.

Aanleiding

Ten tijde van het uitkomen van deze publicatie was er weinig tot niets bekend over de





effectiviteit van zogenaamde 'self-help programs', waaronder het Widow to Widow Program. Daarom startte Vachon et al. een tweejarige studie onder weduwen waarin de effectiviteit van het Widow to Widow Program is onderzocht.

Onderzoekopzet

Via een gerandomiseerde trial is gekeken naar de effectiviteit van het Amerikaanse programma. In totaal zijn 162 weduwen (*at random*) toegewezen aan de experimentele dan wel de controlegroep. Gevonden verschillen tussen beide groepen zijn statistisch gecorrigeerd.

Weduwen wier echtgenoten tussen 1974 en 1975 waren overleden in ziekenhuizen, werden benaderd om mee te werken. In totaal ging het hierbij om 319 vrouwen (tot 67 jaar). Van deze groep kon 42% om diverse redenen niet bereikt worden. Van de overgebleven 185 weduwen die een brief met het verzoek om medewerking ontvingen, gingen uiteindelijk 162 (88%) vrouwen akkoord met participatie. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 52 (variërend van 22 tot 69 jaar). Zij waren vooral afkomstig uit de middenklasse, 71% was huisvrouw en 57% leefde samen met kinderen. Gegevensvergaring vond plaats via een persoonlijk interview dat op diverse tijdstippen werd afgenomen (het inleidende interview na een maand, daarna *follow-up* na zes, 12 en 24 maanden).

Het meetinstrument waarmee de effectiviteit is gemeten is The Goldberg General Health Questionnaire (GHQ). (Zie ook Bijlage 4F.)

De experimentele groep kreeg de interventiemethode aangeboden. Voor informatie over de opzet van het Widow to Widow Program, zie 2.2. De duur van de contacten tussen respondent en bezoeker werd afgestemd op persoonlijke behoefte. Er was dus geen vooraf gestelde limiet aan het aantal bezoeken.

Resultaten

Via een chi-kwadraattoets zijn de verschillen tussen de experimentele en de controlegroep op de diverse tijdsintervallen vastgesteld. Met zes maanden waren de verschillen tussen de groepen vooral intrapersoonlijk van aard (gericht op het innerlijk van de persoon, zijn gedrag en persoonlijkheid). Vrouwen uit de experimentele groep voelden zich (significant) beter dan ten tijde van het overlijden van hun man dan vrouwen uit de controlegroep. Ook zagen ze vrienden minder vaak dan gewoonlijk en voorzagen ze minder problemen met aanpassing aan hun nieuwe situatie. Tot slot misten vrouwen uit de experimentele groep hun man minder als seksuele partner.

Na 12 maanden waren de verschillen meer interpersoonlijk van aard (gericht op relaties van de persoon met anderen). De experimentele groep voelde zich (significant) veel beter dan de controlegroep, had een grotere kans op het sluiten van vriendschappen en een grotere kans om nieuwe activiteiten gestart te zijn. Zij voelden zich ook minder angstig of nerveus en waren meer geneigd open en eerlijk naar de buitenwereld te zijn over hun gevoelens, zonder een façade op te zetten.

De uitkomsten op de GHQ zijn vervolgens uitgesplitst naar deze twee indexen, de intrapersoonlijke index en de interpersoonlijke index. Vragen uit de GHQ zijn gegroepeerd naar deze indexen om zo een goed beeld te krijgen van algehele scores. Bij de indexen waren de uitkomstmaten: negatieve verandering, geen verandering en positieve verandering. Bij deze analyse zijn in totaal 62 vrouwen betrokken, omdat zij alle vier de interviews hadden doorlopen. Van hen waren 24 toegewezen aan de experimentele groep, 38 aan de controlegroep.

De uitkomsten van deze kleinere groep waren hetzelfde als die van de volledige populatie. De





experimentele groep liet significant meer positieve verandering zien dan de controlegroep, voor zowel intrapersonlijke als interpersoonlijke aanpassing. Hoewel de controlegroep gedurende het rouwproces 'vooruit' ging en zich beter ging voelen, lag de experimentele groep steeds op hen voor en bereikten deze mensen deze stadia van acceptatie en vooruitkijken eerder (zie Bijlage 4F).





5. Conclusies

5.1 Samenvatting werkzame elementen

- De individuele benadering (2).
- Lotgenotencontact; de affiniteit met iemand die hetzelfde heeft meegemaakt (1,2,3,4).
- Het bespreken en delen van ervaringen en emoties (1,2,3,4).
- Objectiviteit van de vrijwilliger (als onbekende partij) (3).
- Het informele, vriendschappelijke karakter (3).

Verklaring classificatie veronderstelde werkzame elementen:

1 = Veronderstelling ontwikkelaar

2 = Wetenschappelijke of theoretische onderbouwing

3 = Praktijkervaringen

4 = Wetenschappelijk effectonderzoek.

Zie voor een toelichting de desbetreffende onderdelen van het werkblad.

5.2 Samenvatting effectonderzoek

Uit onderzoek (Classificatie A) komen directe aanwijzingen naar voren dat huisbezoek effectief is voor een specifieke groep kwetsbare weduwen en weduwnaars (Onrust, 2008). In een pragmatische gerandomiseerde *trial* werden zowel na zes als na 12 maanden voor de gehele populatie geen significante verschillen op depressie, angst, somatisatie, gecompliceerde rouw en gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven zichtbaar tussen de experimentele en de controlegroep. De bezoekdienst had daarentegen wel een positieve invloed op de specifieke groep sociaal eenzame, laag opgeleide en lichamelijk zieke weduwen en weduwnaars. Ook is gekeken naar de kosteneffectiviteit van de bezoekdienst. Na 12 maanden laat de bezoekdienst over het algemeen iets betere resultaten zien tegen iets hogere kosten, maar het verschil is niet significant. Wanneer rouwinterventies als de bezoekdienst aangeboden worden aan alle weduwen en weduwnaars, zullen dus geen grote voordelen behaald worden vanuit een gezondheidseconomisch perspectief. De bezoekdienst blijkt wél kosteneffectief te zijn voor een specifieke groep weduwen en weduwnaars (met een zogenaamd risicoprofiel).

Amerikaans onderzoek naar de effectiviteit van het Widow to Widow Program (Vachon et al., 1980) bevat indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit van huisbezoek. Uit deze gerandomiseerde *trial* blijkt zowel na zes als na 12 maanden de experimentele groep zich (significant) beter te voelen dan de controlegroep. Daarnaast had de experimentele groep na 12 maanden meer kans op het sluiten van nieuwe vriendschappen en een grotere kans op het ondernemen van nieuwe activiteiten. Hoewel de controlegroep gedurende het rouwproces 'voortuit' ging en zich beter ging voelen, lag de experimentele groep steeds op hen voor en bereikten deze mensen deze stadia van acceptatie en voortuitkijken eerder.





Verklaring classificatie voor typering onderzoeksopzet:

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

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

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

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

E = Veranderingsonderzoek

F = *Monitoring*

Z = Geen van de voorgaande alternatieven.

Zie voor een toelichting bijlage 3.





6. Verantwoording

6.1 Zoeken en selecteren van literatuur

Zoekvraag en zoektermen

Wat is bekend over de effectiviteit van en de praktijkervaring met de methode *Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars*?

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

- bezoekdienst
- weduwen/weduwnaars
- rouwverwerking
- lotgenotenhulp
- widow to widow program.

Zoekstrategieën

Het beschikbare materiaal is opgevraagd bij de ontwikkelaar en aanbieder.

Er is gezocht in meerdere Nederlandse en internationale databanken:

- Catalogus MOVISIE
- NARCIS (voorheen Darenet)
- HBO Kennisbank
- Google Scholar
- Cochrane Controlled Trials Register
- Campbell Library of Systematic Reviews
- SocINDEX
- Sociological Abstracts with ProQuest Full-Text
- Social Work abstracts
- ERIC (education)
- Francis (multidisciplinair)
- IBSS (sociaalwetenschappelijk)
- PsychINFO
- PTSS
- PiCarta

De referenties van het reeds gevonden materiaal zijn gecheckt. Internetresearch.

Selecteren van literatuur

Op basis van de titels en de *abstracts* is een eerste selectie gemaakt. Vervolgens zijn de mogelijk interessante artikelen aangevraagd, in Refworks gezet en doorgenomen en verder geselecteerd op basis van relevantie. Hierbij is gekeken naar de toegevoegde waarde van artikelen voor de opbouw van de methodebeschrijving en is additionele relevante informatie opgenomen.





6.2 Literatuur

De Gelderse Roos. (1999). *Onderzoek naar satisfactie bezoekdiensten*. Radboud Universiteit Nijmegen / opleiding Psychologie, in opdracht van De Gelderse Roos.

Fokkema, T., & Tilburg, T. van (2006). *Aanpak van eenzaamheid: helpt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen*. Den Haag: Nidi.

Huibers, E., Kox, E. & Staarink, I. (1997). *Handleiding Bezoekdiensten voor weduwen en weduwnaren*. Arnhem: Spectrum.

Lifton, R. J. (1973). *Home from the war*. New York: Simon & Schuster.

Maas, S. (2003). *Handreiking Vriendschappelijk huisbezoek*. Landelijk bureau Humanitas, Afdeling Ontwikkeling en Ondersteuning, afdeling Communicatie.

Noordhof, P. (2006). *Eindrapportage Pilot Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars 'De Cirkel'*. Maastricht: Trajekt, ondernemen in welzijn.

Noordhof, P. (2007). *Rapportage Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars*. Maastricht: Trajekt, ondernemen in welzijn.

Noordhof, P. (2010). *Schriftelijke evaluatie Trajekt*.

Onrust, S. A. (2008). *Intervening after the loss of a spouse: is it (cost)effective and for whom?*. Utrecht: Trimbos- instituut.

Silverman, P.R. (1974). Anticipatory grief from the perspective of widowhood. In B. Shonberg et al. (Eds.), *Anticipatory grief*. New York, Colombia University Press.

Silverman, P. R. (2004). *Widow to Widow, How the bereaved help one another* (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge.

Ter Steege, G. & Penninx, K. (1997). *'t Heft in handen. Praktijkboek Activerend huisbezoek bij ouderen*. NIZW.

Vachon, M. L. S., Lyall, W. A., Rogers, J., Freedman-Letofsky, K. & Freeman, S. J. J. (1980). [A Controlled Study of Self-Help Intervention for Widows] 137, 1380-1384.





Bijlage 1 – Toelichting effectonderzoek

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

Directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit

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

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

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

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

Kenmerken effectonderzoek

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

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





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

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

Gemeten effecten

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

Uitkomstmaten

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

Effectgrootte

De mate waarin een resultaat als positief is aan te merken, is mede afhankelijk van de effectgrootte. Tot voor kort werd het effect van een methode vooral uitgedrukt in een statistisch significant verschil tussen voor- en nameting, of tussen voor- en nameting en *follow-up*, of tussen de nameting van de experimentele en controlegroep. Een probleem bij deze aanpak is dat grote verschilscores in kleine groepen vaak niet significant zijn. Bij grote groepen kunnen heel kleine verschillen weliswaar als zeer significant uit de bus komen, maar praktisch gezien van weinig waarde zijn. De laatste jaren wordt er vaak voor gekozen om naast de statistische significantie ook de zogeheten effectgrootte d ('effectsize', ook wel aangeduid met ES) te rapporteren. Dit is een index die aangeeft hoe groot het waargenomen verschil is tussen voor- en nameting of tussen experimentele (interventie-) en controlegroep. Er bestaan verschillende formules voor het berekenen van d. De bekendste is¹:

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

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

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

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

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





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

d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect;
 d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect;
 d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect.²

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

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





Bijlage 2 – Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken

Onderzoeken naar praktijkervaringen (deel 3)

Methode	Onderzoek 1	Onderzoek 2	Onderzoek 3
Titel rapport	Eindrapportage Pilot Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars 'De Cirkel'	Rapportage Pilot Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars 'De Cirkel'	Onderzoek naar satisfactie bezoekdiensten
Auteur	Trajekt	Trajekt	Universiteit Nijmegen
Jaar	2006	2007	1999
Onderzoeks-Vraag	Evaluatie van een pilot van de methode Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars	Evaluatie van een pilot van de methode Bezoekdienst voor weduwen en weduwnaars	Wat is de satisfactie over de bezoekdiensten voor weduwen en weduwnaars?
In het onderzoek betrokken doelgroep	Weduwen en weduwnaars, coördinator, vrijwilligers	Weduwen en weduwnaars, coördinator, vrijwilligers	Weduwen en weduwnaars, vrijwilligers
Aantal geïncludeerde subjecten (n)	N=80 (weduwen en weduwnaars) N=18 (vrijwilligers)	N=55 (weduwen en weduwnaars) N=12 (vrijwilligers)	N=26 (weduwen en weduwnaars) N=35 (vrijwilligers)

Effectonderzoeken (deel 4)

Methode	Onderzoek 1	Onderzoek 2
Titel rapport	Intervening after the loss of a spouse: is it (cost-) effective and for whom?	A Controlled Study of Self-Help Intervention for Widows
Auteur	Onrust, S.	Vachon, M. L. S., Lyall, W. A., Rogers, J., Freedman-Letofsky, K., & Freeman, S. J. J.
Jaar	2008	1980
Onderzochte doelen	(oa) (kosten) effectiviteit bezoekdienst weduwen en weduwnaars	Effectiviteit van het Widow to Widow Program





In het onderzoek betrokken doelgroep	Weduwen en weduwnaars	weduwen
Aantal geïnccludeerde subjecten (n)	N=216	N=162
Typering onderzoeksopzet (zie bijlage 3)	pragmatisch gerandomiseerde trial	gerandomiseerde trial





Bijlage 3 – Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken

A. Naam effectonderzoek: *Intervening after the loss of a spouse: is it (cost-)effective and for whom?*, geschreven door S. Onrust, uitgegeven in 2008 door het Trimbos-instituut in Utrecht.

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	De resultaten van de studie zijn door experts beoordeeld.	X	
2	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant)	X	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	X	
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	X	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X	
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	X	
5	Er is een experimentele en een controleconditie.	X	
6	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .	X	
7	De resultaten hebben een praktische relevantie.		X
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').		X
9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.		X





Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3			7-8	
	E	Veranderingsonderzoek	1-4		(6)	7-8	
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4	5	(6)		(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5		7-8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	
X	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	9

Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

X	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
X	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
X	13	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.
	14	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie.
X	15	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
X	16	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
X	17	De representativiteit van de geïnccludeerde subjecten is bepaald.
	18	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3	Uitkomstmaat 4	Uitkomstmaat 5
Omschrijving uitkomstmaat*	Depressieve symptomen	Angst	Somatisatie	Gecompliceerde rouw	Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven
Meetinstrument **	Vragenlijst	Vragenlijst	Vragenlijst	Vragenlijst	Vragenlijst
Effectsize *** na 6 maanden	d=0.22	d=0.09	d=0.06	d=0.32	d=0.03
Effectsize *** na 12 maanden	d=0.43	d=0.15	d=0.18	d=0.38	d=0.04
<p>* Waarop is effect gemeten</p> <p>** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x</p> <p>*** Mogelijkheden: d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect = 1; d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect = 2; d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect = 3. Negatief effect wordt aangeduid met een -1, -2 of -3. Geen effect = 0. Zie voor toelichting bijlage 1.</p>					





F. Beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek door een beoordelingscommissie van experts

Kruis voor elke uitspraak die waar is het antwoord 'ja' aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) het vak 'nee' aan.

		Ja	Nee
1	De resultaten van de studie zijn door experts beoordeeld.		
2	De experts onderschrijven de resultaten van de studie.		
3	De meting is verricht met instrumenten die voldoende betrouwbaar zijn.		
4	De meting is verricht met instrumenten die de doelen van de methode valide operationaliseren.		
5	De statistische techniek waarmee de resultaten zijn geanalyseerd is adequaat gekozen en de gemeten effecten zijn significant.		
6	De controleconditie is adequaat gekozen.		
7	De resultaten zijn voldoende praktisch relevant.		
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die voldoende vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de methode: er is sprake van externe validiteit.		

G. Toelichting op de beoordeling door experts





H. Toelichting op de gemeten effecten

Tijdens het meetmoment van 12 maanden ontbakt nog 14.4% van de data. Het ging hierbij vooral om overleden of in verzorgingstehuizen opgenomen respondenten. Alle analyses zijn echter uitgevoerd volgens het intention to treat principe en de ontbrekende scores zijn geïmputeerd door middel van regressieimputatie.

Of de bezoeken dienst als kosteneffectief moet worden beschouwd, hangt af van de bereidheid om meer te betalen (willingness to pay) voor een extra voor kwaliteit gecorrigeerd gewonnen levensjaar (QALY). Bij een betalingsbereidheid gelijk aan nul is er 31% kans dat de bezoeken dienst kosteneffectiever is dan gangbare zorg; bij een betalingsbereidheid gelijk aan 20.000 euro is die kans 70%.

Tabel 1. Pre- en Post-test scores en individuele effectgroottes bij 6 en 12 maanden follow-up

Experimental condition: visiting service				
	Pre-test (Mean) SD	Post test (Mean) SD	Individual effectsize	
			d (SE) ^a	cs (SE) ^b
6 months				
CES-D	17.1 (9.4)	15.1 (8.1)	0.22 (0.07)	
SCL90 Anx	13.8 (4.4)	13.4 (3.9)	0.09 (0.05)	
SCL90 Som	18.4 (5.9)	18.0 (5.7)	0.06 (0.07)	
ICG-R	59.2 (18.4)	53.3 (15.7)	0.32 (.0.06)	
QALY	0.76 (0.25)	0.80 (0.20)		0.03 (0.02)
12 months				
CES-D	17.1 (9.4)	13.1 (7.3)	0.43 (0.06)	
SCL90 Anx	13.8 (4.4)	13.1 (3.5)	0.15 (0.07)	
SCL90 Som	18.4 (5.9)	17.4 (5.4)	0.18 (0.08)	
ICG-R	59.2 (18.40)	52.2 (16.4)	0.38 (0.07)	
QALY	0.76 (0.25)	0.80 (0.18)		0.04 (0.02)

a Individual Standardised Effect Size (d = Individual difference between pre- and post test / SD pre-test); a positive effect size means improvement;

b Raw Change Score (cs)

Tabel 2. Pre- en Post-test scores en individuele effectgroottes bij 6 en 12 maanden follow-up

Control condition: folder				
	Pre-test (Mean) SD	Post test (Mean) SD	Individual effectsize	
			d (SE) ^a	cs (SE) ^b
6 months				
CES-D	16.2 (9.1)	14.7 (8.7)	0.16 (0.06)	
SCL90 Anx	13.5 (5.5)	13.3 (4.2)	0.06 (0.07)	
SCL90 Som	18.1 (5.5)	17.5 (5.1)	0.09 (0.09)	
ICG-R	59.3 (18.5)	53.0 (17.4)	0.34 (0.05)	
QALY	0.83 (0.18)	0.82 (0.20)		-0.01 (0.01)





12 months				
CES-D	16.2 (9.1)	13.5 (7.9)	0.29 (0.07)	
SCL90 Anx	13.5 (5.5)	13.2 (3.8)	0.08 (0.06)	
SCL90 Som	18.1 (5.5)	17.0 (5.0)	0.18 (0.07)	
ICG-R	59.3 (18.50)	52.7 (17.9)	0.36 (0.06)	
QALY	0.83 (0.18)	0.81 (0.21)		-0.01 (0.02)

a Individual Standardised Effect Size ($d = \text{Individual difference between pre- and post test} / \text{SD pre-test}$); a positive effect size means improvement;

b Raw Change Score (cs)

Tabel 3. Incremental effectgroottes bij 6 en 12 maanden follow-up

	Incremental effectsize		t	P (2-sided)
	Δd^c	Δcs^d		
6 months				
CES-D	0.06		0.80	0.434
SCL90 Anx	0.04		0.44	0.662
SCL90 Som	-0.09 *		-0.87	0.395
ICG-R	-0.02		-0.25	0.803
QALY		0.01	0.94	0.360
12 months				
CES-D	0.11 *		1.51	0.150
SCL90 Anx	0.07		0.82	0.425
SCL90 Som	-0.06 *		-0.57	0.575
ICG-R	0.02		0.32	0.753
QALY		0.03 **	1.29	0.215

c Incremental Standardized Effect Size ($\Delta d = \text{difference between Visiting Service and control group}$); * controlled for baseline QALY.

d Difference between Visiting Service and control group; ** controlled for baseline QALY and baseline loneliness.





Tabel 4. Interactie effecten van baseline karakteristieken met de interventie Bezoekdienst op depressieve symptomen, angst, somatisatie en gecompliceerde rouw bij 12 maanden follow-up

	Visiting service	Folder			
	Effectsize d ^a	Effectsize d ^a	B	t	P (2-sided)
Effects on depressive symptoms					
Social loneliness * treatment dummy			0.54	5.29	0.000
Low social loneliness (below Median)	0.27	0.37			
High social loneliness (above Median)	0.58	0.15			
Physical illness* treatment dummy					
< 2 Illnesses	0.30	0.35			
> 2 Illnesses	0.54	0.25			
Education * treatment dummy					
Lower education	0.63	-0.01			
Higher education	0.40	0.34			
Effects on Anxiety					
Education * treatment dummy			0.90	2.90	0.010
Lower education	0.56	-0.30			
Higher education	0.10	0.14			
Effects on quality of life					
Education * treatment dummy			0.23	2.42	0.027
Lower education	0.14	-0.12			
Higher education	0.03	0.00			
	Change score cs ^b	Change score cs ^b	B	t	P (2-sided)

a d = (individual difference between pre- and post-test) / SD pre-test; a positive effect size means improvement

b cs = Raw Change Score ; individual difference between pre- and post-test; a positive change score means improvement





Tabel 5. Jaarlijkse kosten per hoofd van de bevolking per item en conditie

Annual per capita costs (Direct Medical and Direct Non-Medical) in €						
	Experimental Group (N=110)			Control group (N=106)		
	t0	t2	Diff. t0-t2	t0	t2	Diff. t0-t2
Health service type	Mean (sd)	Mean (sd)	Mean (sd)	Mean (sd)	Mean (sd)	Mean (sd)
Medical doctor	255 (328)	245 (342)	-11 (420)	199 (328)	265 (393)	66 (426)
Medical specialist	615 (1534)	490 (1091)	-125 (1710)	308 (835)	437 (1087)	129 (1100)
Regional mental health service	169 (860)	115 (438)	-54 (978)	38 (273)	82 (471)	44 (548)
Regional addiction service	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mental hospital-Outpatient	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mental hospital-Day care	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mental hospital-inpatient	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
General hospital-Outpatient	10 (105)	27 (151)	17 (186)	0 (1)	16 (110)	16 (110)
General hospital-Day care	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Teaching hospital-Outpatient	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Academic hospital- Day care	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Private practice psychotherapist	116 (966)	15 (119)	-101 (972)	36 (364)	26 (171)	-9 (405)
Social worker	62 (268)	46 (227)	-16 (334)	54 (291)	42 (186)	-12 (326)
Physiotherapist	298 (810)	322 (931)	24 (10070)	370 (11000)	249 (652)	-121 (952)
Alternative healer	10 (59)	19 (139)	8 (152)	7 (70)	27 (100)	20 (102)
Self-help	0 (0)	47 (298)	47 (298)	10 (82)	40 (198)	30 (217)
Home care, nursing	1169 (2346)	1261 (2460)	92 (1386)	1068 (2076)	1151 (2078)	83 (1383)
Home care, domestic	55 (491)	35 (246)	-20 (350)	32 (200)	9 (82)	-24 (141)





Informal care (family, friends)	37 (146)	18 (81)	-19 (141)	73 (484)	32 (162)	-42 (512)
Antidepressants	15 (64)	14 (72)	-1 (38)	1 (14)	1 (14)	0 (0)
Anxiolytics	7 (25)	7 (19)	-1 (25)	6 (22)	7 (21)	0 (25)
Hypnotics	11 (26)	9 (19)	-1 (21)	4 (15)	5 (14)	1 (14)
Total without intervention	2829 (3837) a	2666 (3333) b	-163 (2938) ^d a	2209 (2757) b	2389 (2988)	180 (2346)
Intervention: Visiting service	0 (0)	553 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total with intervention	2829 (3837) a	3220 (3333) c	390 (2938) ^e	2209 (2757) a	2389 (2988) c	180 (2346) ^e

a No significant difference between total costs at baseline (t0) in the experimental group and total costs at baseline (t0) in the control group.

b No significant difference between total costs without the costs of the intervention at 1-year follow-up (t2) in the experimental group and total costs at 1-year follow-up (t2) in the control group.

c Total costs including the costs of the intervention at 1-year follow-up (t2) in the experimental group differ significantly from the total costs at 1-year follow-up (t2) in the control group at $p < 0.10$ ($p = 0.055$).

d No significant difference between the cost difference (t2 – t0) without the costs of the intervention in the experimental group and the cost difference (t2 – t0) in the control group.

e No significant difference between the cost difference (t2 – t0) including the costs of the intervention in the experimental group and the cost difference (t2 – t0) in the control group.





Tabel 6. Regression coefficients, standard errors, Chi² and p values of incremental net-benefit regression analyses with health related quality of life as clinical end term and a willingness to pay of € 25.000,- per QALY gained in 216 widowed individuals

Subgroup characteristic: Low education						
	Incremental Effects: QALY		Incremental Costs		Incremental Net benefit	
	Simple regression	Multiple regression	Simple regression	Multiple regression	Simple regression	Multiple regression
Visiting Service	0.031 (0.023)	0.013 (0.020)	210 (351)	325 (293)	562 (562)	-2 (599)
Low education		-0.145 (0.066)		1312 (1078)		-4938 (1511)
Interaction term		0.123 (0.075)		-713 (1135)		3492 (1750)
		Chi ² (2) = 3.85 Sig. = 0.146		Chi ² (2) = 1.86 Sig. = 0.395		Chi ² (2) = 6.73 Sig. = 0.035
Subgroup characteristic: Complicated Grief						
	Incremental Effects: QALY		Incremental Costs		Incremental Net benefit	
	Simple regression	Multiple regression	Simple regression	Multiple regression	Simple regression	Multiple regression
Visiting Service	0.031 (0.023)	0.014 (0.019)	210 (351)	238 (336)	562 (562)	116 (506)
Low education		-0.206 (0.097)		42 (793)		-5186 (2328)
Interaction term		0.228 (0.087)		-489 (876)		6186 (2259)
		Chi ² (2) = 7.25 Sig. = 0.027		Chi ² (2) = 0.54 Sig. = 0.765		Chi ² (2) = 8.41 Sig. = 0.015





Tabel 7. Regression coefficients, standard errors, Chi² and p values of incremental net-benefit regression analyses with moderate to large improvement of depression as clinical end term and a willingness to pay of € 10.000,- in 216 widowed individuals

Subgroup characteristic: low education						
	Incremental Effects		Incremental Costs		Incremental Net benefit	
	Simple regression	Multiple regression	Simple regression	Multiple regression	Simple regression	Multiple regression
Visiting Service	0.032 (0.065)	-0.024 (0.066)	210 (351)	325 (290)	114 (518)	-563 (550)
Low education		-0.185 (0.095)		1312 (1121)		-3158 (1411)
Interaction term		0.439 (0.166)		713 (1151)		5104 (1882)
		Chi ² (2) = 6.98 Sig. = 0.031		Chi ² (2) = 1.91 Sig. = 0.385		Chi ² (2) = 7.41 Sig. = 0.025
Subgroup characteristic: lack of social support						
	Incremental Effects		Incremental Costs		Incremental Net benefit	
	Simple regression	Multiple regression	Simple regression	Multiple regression	Simple regression	Multiple regression
Visiting Service	0.032 (0.065)	-0.112 (0.079)	210 (351)	643 (505)	114 (518)	-1764 (727)
Low education		-0.121 (0.057)		694 (476)		-1899 (656)
Interaction term		0.301 (0.112)		-989 (982)		3998 (829)
		Chi ² (2) = 7.19 Sig. = 0.028		Chi ² (2) = 1.63 Sig. = 0.444		Chi ² (2) = 26.96 Sig. = 0.000





Bijlage 4 – Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken

A. Naam effectonderzoek: *A controlled study of self-help interventions for widows*, geschreven door M. L. S. Vachon, W. A. Lyall, J. Rogers, K. Freedman-Letofsky, & S. J. J. Freeman, gepubliceerd in het American Journal of Psychiatry in de Verenigde Staten in 1980.

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	De resultaten van de studie zijn door experts beoordeeld.	X	
2	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant)	X	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	X	
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	X	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X	
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	X	
5	Er is een experimentele en een controleconditie.	X	
6	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .	X	
7	De resultaten hebben een praktische relevantie.		X
8	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').		X
9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.		X





Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
	F	<i>Monitoring</i>	1,3			7-8	
	E	Veranderingsonderzoek	1-4		(6)	7-8	
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4	5	(6)		(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5		7-8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	
X	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5	6	7-8	9

Typering overige methodologische kenmerken:

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

X	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
X	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
X	13	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.
	14	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie.
X	15	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
X	16	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
X	17	De representativiteit van de geïnccludeerde subjecten is bepaald.
	18	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

--

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1
Omschrijving uitkomstmaat*	The Goldberg General Health Questionnaire (GHQ)
Meetinstrument **	Vragenlijst GHQ
Effectsize *** na 6 maanden	Zie onderstaande tabel
Effectsize *** na 12 maanden	Zie onderstaande tabel
<p>* Waarop is effect gemeten</p> <p>** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x</p> <p>*** Mogelijkheden: d of ES groter dan of gelijk aan .20 = klein effect = 1; d of ES groter dan of gelijk aan .50 = middelmatig effect = 2; d of ES groter dan of gelijk aan .80 = groot effect = 3. Negatief effect wordt aangeduid met een -1, -2 of -3. Geen effect = 0. Zie voor toelichting bijlage 1.</p>	





F. Toelichting op de gemeten effecten

Het meetinstrument waarmee de effectiviteit is gemeten is The Goldberg General Health Questionnaire (GHQ), waarbij is gekeken naar algemene ontregeling ('disturbance') en disfunctioneren. Respondenten konden een bepaalde score behalen op deze vragenlijst variërend van 0-4 (low distress) tot 5 en hoger (high distress).

Tabel 8. Percent of widowers in intervention and control groups who showed positive, negative or no change^a

Index ^a	Months after bereavement	Percent of widows	
		Intervention group (N=24)	Control group (N=38)
Intrapersonal adaption	6		
Negative change		8	24
No change		38	24
Positive change		54	53
Interpersonal adaption	12		
Negative change		0	10
No change		8	24
Positive change		92	66
Goldberg general health Questionnaire^b	24		
High-high		17	26
Low-low		25	40
High-low		58	34

a Since 1 month after bereavement

b Levels at 1 and 24 months

