

Psychosociale voorspellers voor de mate van participatie bij mensen met EPA.

Geschreven door: C.I. Rosenkrantz (3830748)

Masterthesis Klinische en gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht, juli 2015

Onder begeleiding van:

Altrecht Willem Arntsz: dr. W. E. Swildens en drs. S. A Sanches

Universiteit Utrecht: dr. S. Doosje

Samenvatting

Veel mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) participeren nauwelijks deel in de samenleving (Michon & Van Weeghel, 2000), terwijl uit onderzoek blijkt dat de ervaren kwaliteit van leven bij mensen met ernstige psychiatrische klachten samenhangt met de mate van maatschappelijke participatie (Kwekkeboom, De Boer, Van Campen & Dorrestein, 2006). Onderzoek naar voorspellers van participatie is dus van belang om gericht te kunnen werken aan het verhogen van participatie bij mensen met EPA.

In dit onderzoek is gekeken naar factoren die voorspellend zijn voor het bereiken van een participatiedoel en voor de mate van participatie, na een half jaar. Een deel van de factoren is beoordeeld door de cliënt en een deel door de hulpverlener. Door de cliënt beoordeelde factoren zijn *'sociaal functioneren'*, *'zelf-effectiviteit'* en *'gevoel van herstel'*. Daarnaast is de voorspellende waarde van werkervaring en de beoordeling van de hulpverlener op *'psychosociaal functioneren'* en *'ernst van symptomen'* onderzocht. Verder is onderzocht welke factoren de beste voorspellers zijn en welke modellen het beste *'doel bereiken'* en *'mate van participatie'* kunnen voorspellen. In het onderzoek hebben 53 mannen en 28 vrouwen tussen de 18 en 63 jaar geparticipeerd. In het half jaar voor deelname aan het onderzoek hebben 43 mensen werkervaring opgedaan.

'Sociaal functioneren' (beoordeeld door de cliënt) en *'werkervaring'* zijn voorspellers gebleken van het bereiken van een participatiedoel. *'Psychosociaal functioneren'* en *'ernst van symptomen'* (beoordeeld door de hulpverlener) zijn voorspellers gebleken van de mate van participatie.

Het huidige onderzoek heeft voor meer inzicht gezorgd in voorspellers van participatie bij mensen met EPA. Om meer deelname aan de maatschappij te kunnen realiseren is vervolgonderzoek nodig naar de beste begeleiding die op de belangrijkste voorspellers inspeelt.

Summary

Many people with severe mental illness are experience problems with societal participation (Van Weeghel & Michon, 2000). Research shows that the perceived quality of life in people with severe psychiatric illness is associated with the degree of social participation (Kwekkeboom, De Boer, Van Campen & Dorrestein, 2006). Research on predictors of participation is important to increase participation in people with severe mental illness.

This study examined which factors are predictive for '*Achieving a participation goal*' and increasing the '*Level of participation*' on the participation ladder, after six months. The primary independent variables '*Social functioning*', '*Self-efficacy*' and '*Sense of recovery*' were assessed by clients. In addition, the predictive value of '*Work experience*' and the assessment of the therapist on '*Psychosocial functioning*' and '*Severity of symptoms*' were studied. Finally the best predictors and the best models that predict '*Achieving a participation goal*' and '*Level of participation*' were explored. This study consisted out of 53 men and 28 women with a mean age of 39 years old. There were 43 people with work experience in the six months before participating in this study.

'*Social functioning*' (assessed by the client) and '*Work experience*' turned out to be predictors of '*Achieving a participation goal*'. '*Psychosocial functioning*' and '*Symptom severity*' (assessed by the therapist) turned out to be predictors of the '*Level of participation*'.

Current research has provided more insight in predictors of social participation by people with severe mental illness. In order to achieve greater participation in society, further research is needed to find the best treatment to improve these factors.

Inleiding

Veel mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) participeren nauwelijks deel in de samenleving (Michon & Van Weeghel, 2000). Dit is een ernstig probleem. Uit onderzoek blijkt dat de ervaren kwaliteit van leven bij mensen met ernstige psychiatrische klachten samenhangt met de mate van maatschappelijke participatie (Kwekkeboom, De Boer, Van Campen & Dorrestein, 2006). In 1970 sprak Douglas Bennett al over de kracht van participatie in het herstelproces maar tot op heden is er nog steeds weinig bekend over hoe de kansen van mensen met EPA op participatie kunnen worden vergroot. Onderzoek naar voorspellers van participatie is dus van belang om gericht te kunnen werken aan het verhogen van participatie bij mensen met EPA.

Onder maatschappelijke participatie valt betaald werk, vrijwilligerswerk, een opleiding of een zinvolle dagbesteding. Met dit laatste wordt bedoeld dat door de dagbesteding een sociaal isolement wordt voorkomen (Engbersen, Vrooman & Snel, 1999). Uit het onderzoek van Kroon en Pijl (2008) blijkt dat mensen met EPA kwetsbare mensen zijn, bij wie sprake is van een ernstige persoonlijkheidsstoornis, bipolaire stoornis, depressie met psychotische kenmerken en/of klachten in het psychotische spectrum. Er is ook vaak een combinatie van diagnoses. Verder is er sprake van een minimale verblijfsduur van één of twee jaar in een psychiatrisch ziekenhuis of minimaal een tweejarig contact met een GGZ-instelling, ongeacht de setting. Michon et al. (2003) hebben onderzoek gedaan naar de participatie van mensen met EPA in Nederland. Van 2.070 cliënten in de ambulante ggz en beschermde woonvormen, heeft maar achttien procent een betaalde baan. Bijna de helft van de cliënten heeft geen structurele dagbesteding zoals vrijwilligerswerk of een opleiding, hoewel er aanwijzingen zijn dat mensen met EPA vaak graag aan het werk willen (Swildens, 1995). Volgens het onderzoek van Michon en Van Weeghel (2000) behoort het hebben van betaald werk tot één van de meest onvervulde behoeften van mensen met EPA.

Wat het lastig maakt voor mensen met EPA om meer in de maatschappij te participeren zijn onder andere de complexe problemen op verschillende levensgebieden, zoals bij interpersoonlijke relaties, dagbesteding, financiën en zelfverzorging (Kroon & Pijl, 2008). Door de ernst van de psychische problemen en de daarmee samenhangende beperkingen is het vaak erg lastig om levensbehoeften zoals doelen op het gebied van participatie te realiseren (Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey & Fisher, 2007; Morgan, Burns & Fitzpatrick, 2007). In het dagelijks leven en bij het realiseren van participatie in de samenleving is langdurig ondersteuning op de genoemde levensgebieden dus van belang (Kroon & Pijl, 2008).

Op dit moment is de afstand tussen wens en werkelijkheid nog groot als het gaat om de maatschappelijke participatie van mensen met EPA (Trimbos Instituut, 2008). Het aanpakken van dit probleem heeft vele voordelen. Meer participatie zorgt niet alleen voor een verbeterde kwaliteit van leven (Bond et al., 2001), maar ook voor een verbetering in financiële omstandigheden (Polak & Warner, 1996), het verwerven van vaardigheden (Kern, Liberman, Kopelowicz, Mintz & Green, 2002), meer sociaal contact en minder benodigde therapie sessies (Bond et al., 2001; Bell, Lysaker & Milstein, 1996; Rogers, Sciarappa & MacDonald-Wilson, 1995). Niet alleen voor de cliënt zijn er veel voordelen, ook voor de rest van de maatschappij. Wanneer iemand minder therapie sessies nodig heeft, zullen de algehele kosten van behandeling verminderen (Drake, Mchugo, Becker, Anthony & Clark, 1996). Er zal ook een reductie in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen uit voortvloeien, dat zorgt voor minder kosten (Polak & Warner, 1996; Kouzis & Eaton, 2000). Uitval in het arbeidsproces is op macroniveau voor de overheid de belangrijkste kostenpost van mensen met psychische

aandoeningen (Trimbos Instituut, 2008). De maatschappij heeft zelf dus ook baat bij meer maatschappelijke deelname onder mensen met EPA.

Om meer participatie bij mensen met EPA te bereiken moet er dus worden gekeken naar wat voorspellers zijn van participatie. Hier is namelijk nog veel onduidelijkheid nodig. Een voorspeller die in verschillende studies (Tsang et al., 2010; Catty et al., 2008; Burke-Miller et al., 2006; Mueser et al., 2001) naar voren komt als een belangrijke voorspeller van participatie bij mensen met EPA is werkervaring. Wanneer een hulpverlener een inschatting maakt van de kans op participatie gebeurt dit meestal vanuit het eigen psychiatrisch getinte perspectief. Er wordt dan vaak naar de ernst van de symptomen en het psychosociaal functioneren gekeken, zoals de hulpverlener dat waarneemt. Er zal nu worden besproken wat er al bekend is over de voorspellende waarde van deze factoren voor participatie bij mensen met EPA.

Wanneer de hulpverlener het symptomatisch functioneren gaat inschatten wordt gelet op de aard en ernst van de symptomen (Linszen et al., 1994). Uit het literatuuroverzicht van Tsang, Leung, Chung, Bell en Cheung (2010) blijkt dat negatieve symptomen (zoals weinig initiatief, vervlakking van gevoelens en gebrek aan energie) voorspellers zijn van participatie. De resultaten van het onderzoek van Marwaha en Johnson (2004) sluiten bij deze bevinding aan. In het literatuuroverzicht van Michon, Van Weeghel, Kroon en Schene (2005) worden echter verschillende studies vermeld die nog geen verband hebben gevonden tussen symptomen en het verkrijgen van werk. Het is dus nog lastig om een eenduidige conclusie te trekken over de voorspellende waarde van het symptomatisch functioneren.

Voor psychosociaal functioneren, beoordeeld door de hulpverlener, als voorspeller van participatie wordt wel veel ondersteunend bewijs gevonden. Het hebben van sociale vaardigheden lijkt een positieve invloed te hebben op het bereiken van een aan participatie gerelateerd doel (Michon et al., 2005; Cook & Razzano, 2000; Marwaha & Johnson, 2004; Tsang et al., 2010; Mueser, Salyers & Mueser, 2001). De invloed van sociaal functioneren is nader onderzocht door Lysaker et al. (1993). Het onderzoek betreft veteranen met de diagnose schizofrenie of schizo-affectieve stoornis, die door collega's werden beoordeeld op hun sociaal functioneren. Uit de resultaten blijkt dat mensen met meer sociale vaardigheden collega's beter konden begrijpen en meer inzicht hebben in hoe hun eigen gedrag collega's beïnvloedt. Daarnaast zijn ze beter in het ontwikkelen van collegiale relaties. Een beter sociaal functioneren zorgt dus voor een beter functioneren op het werk. Dit zou kunnen verklaren dat mensen die hoger scoren op sociaal functioneren, vaker een participatiedoel bereiken.

Wanneer naar sociaal functioneren beoordeeld door de cliënt wordt gekeken, blijkt uit het onderzoek van Mueser et al. (2001) dat deze ook het bereiken van een doel kan voorspellen. In dit onderzoek is de zelfbeoordeling van de cliënt vergeleken met de beoordeling van de hulpverlener op voorspellende waarde. Uit deze vergelijking blijkt dat zelfrapportage de meest consistente voorspeller is voor het meer gaan participeren in de samenleving, door middel van werk. Het onderzoek heeft echter enkele beperkingen waardoor de resultaten niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar de brede groep mensen met EPA. De participanten die hebben deelgenomen aan het onderzoek hadden allemaal de diagnose schizofrenie. Daarnaast hebben alle participanten kort voor het onderzoek een terugval van symptomen gehad. Verder hebben alle participanten contact met ten minste een familielid en zijn mensen met een middelenverslaving uitgesloten van het onderzoek. Ondanks de aanwijzingen voor het verschil in de voorspellende waarde van de beoordeling van de cliënt en de hulpverlener, wordt er in veel onderzoeken nog weinig onderscheid gemaakt in wie de beoordeling van het sociaal functioneren doet (Michon et al.,

2005; Cook & Razzano, 2000; Marwaha & Johnson, 2004; Tsang et al., 2010). Het lijkt uit bovenstaande literatuur dus interessant om hier onderscheid in te maken. Hier is echter eerst meer onderzoek voor nodig. Huidig onderzoek zal de voorspellende waarde van de beoordeling van de cliënt op sociaal functioneren voor participatie gaan onderzoeken. Daarnaast zal dit onderzoek kijken naar de voorspellende waarde van de beoordeling van de cliënt op zelf-effectiviteit en gevoel van herstel voor participatie. Nu wordt er ingegaan op deze laatste twee factoren.

Een hoge zelf-effectiviteit betekent dat iemand zichzelf kan motiveren en kan aanpassen om aan situationele eisen te voldoen (Wood & Bandura, 1989). Een gemotiveerde houding zorgt er volgens het onderzoek van Mueser et al. (2001) voor dat iemand drie keer zo veel kans heeft om een jaar later aan het werk te zijn dan mensen die ongemotiveerd zijn. Daarnaast lijkt een hoge zelf-effectiviteit voorspellend te zijn voor doorzettingsvermogen en werkprestatie, wat van belang kan zijn voor iemand die een participatiedoel wil bereiken (Lent, Brown en Hackett, 1994). Verder heeft iemand met een hoge zelf-effectiviteit voldoende vertrouwen in zichzelf om een gewenste uitkomst te kunnen bereiken (Gardner & Pierce, 1998). Uit verschillende onderzoeken (Hoffmann, Kupper & Kunz, 2000; Reker & Eikelmann, 1998) blijkt dat mensen met EPA die een positieve verwachting hebben over het bereiken van een doel, een doel ook vaker daadwerkelijk gaan bereiken. Fredrickson (2001) stelt dat wanneer iemand een positieve houding over zichzelf heeft, dit zowel lichamelijke en intellectuele, als sociale en psychologische hulpbronnen vergroot. Dit leidt tot het faciliteren van een betere coping met tegenspoed en een vergroting van de persoonlijke veerkracht (Fredrickson, 2001; Aspinwall, 2001). Deze eigenschappen zijn van belang voor iemand die een doel probeert te bereiken. Het nadeel van de onderzoeken van Fredrickson (2001) en Aspinwall (2001) is dat er is gekeken naar gezonde mensen. Het is niet mogelijk de resultaten van deze studies zonder meer te generaliseren naar mensen met EPA. Biegel, Stevenson, Beimers, Ronis en Boyle (2010) hebben door middel van een longitudinale studie de invloed van een negatieve zelf-effectiviteit bij mensen met EPA onderzocht. Hieruit is gebleken dat mensen met EPA zonder eerdere werkervaring en een negatieve zelf-effectiviteit minder kans hebben op betaald werk. De bovenstaande literatuur over een hoge zelf-effectiviteit zet te denken dat zelf-effectiviteit een voorspeller zou kunnen zijn voor het bereiken van meer participatie bij mensen met EPA.

Ook voor het gevoel van herstel is literatuur gevonden die wijst op een voorspellende invloed op het bereiken van meer participatie voor mensen met EPA. Provencher, Gregg, Mead en Mueser (2002) hebben onderzoek gedaan naar het gevoel van herstel bij veertien werkende en niet-werkende mensen met EPA. Uit dit onderzoek blijkt dat er drie herstelfasen zijn. In de eerste fase is herstel onzeker. In deze fase is er nog veel moeite met het omgaan met psychische beperkingen. Er is vaak een sterke afhankelijkheid van externe hulpbronnen als medicatie en professionele hulp. Wanneer iemand herstel als bekrachtigende ervaring ziet zit diegene in de tweede fase. In deze fase wil iemand meer controle krijgen over zijn leven. Het gedrag is gericht op het voorkomen van terugval. Ze maken veel gebruik van positieve zelfwaardering en herwaardering van emotionele problemen. Er worden bijvoorbeeld verklaringen bedacht zodat het gevoel van schuld wordt verminderd. Ook is er meer sprake van zelfontdekking. Kwaliteiten, voorkeuren en eigen beperkingen worden herkend. In de derde en laatste fase wordt herstel gezien als een uitdaging. Iemand kan effectief omgaan met problemen en ziet deze als een uitdaging. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen een onrealistisch en een realistisch doel. Mueser et al. (2006) stellen dat het proces van herstel bij mensen met EPA die weer willen deelnemen in de maatschappij erg belangrijk is. Er wordt gesteld dat wanneer mensen meer hoop en zelfvertrouwen hebben en een betere coping met

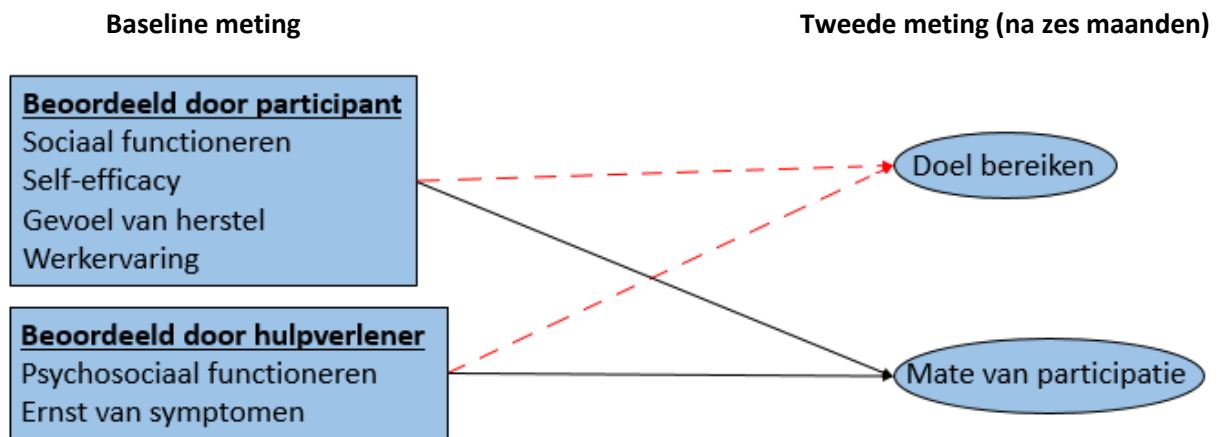
problemen, dit zal helpen weer deel te nemen in de maatschappij. Ondanks de gevonden aanwijzingen voor het verband heeft deze studie niet de directe invloed op participatie onderzocht.

De hierboven besproken literatuur suggereert dat sociaal functioneren, zelf-effectiviteit en de mate van gevoel van herstel, beoordeeld door de cliënt, voorspellers zijn voor het behalen van meer participatie bij mensen met EPA. Het doel van deze studie is meer inzicht krijgen in voorspellers van participatie zodat er gericht kan worden gewerkt aan het verhogen van de participatie bij mensen met EPA. Een aantal hypothesen zullen daarom worden onderzocht. De eerste hypothese behelst de verwachting dat wanneer iemand zichzelf een hoge score op sociaal functioneren geeft, er vaker meer participatie zal worden bereikt. De tweede hypothese stelt dat een cliënt die zichzelf hoog beoordeeld op zelf-effectiviteit, vaker meer participatie zal gaan bereiken. De derde hypothese stelt dat een cliënt die een hoog gevoel van herstel heeft, vaker meer participatie zal gaan bereiken. De vierde hypothese stelt dat een cliënt met werkervaring vaker meer participatie zal gaan bereiken. Hypothese vijf is dat wanneer de hulpverlener een cliënt hoog scoort op psychosociaal functioneren, de cliënt vaker meer zal gaan participeren. De laatste hypothese stelt dat wanneer de hulpverlener een cliënt hoog scoort op ernst van symptomen, de cliënt minder vaak meer participatie zal bereiken. Verder zal worden onderzocht wat de beste voorspeller is en welke factoren samen de meeste voorspellende waarde hebben voor het bereiken van meer participatie bij mensen met EPA.

Methoden

Design

De huidige studie was een follow up studie, bestaande uit twee meetmomenten, gericht op het onderzoeken van voorspellers van sociale participatie van mensen met EPA. De tweede meting vond een half jaar na de eerste meting plaats. Alle afhankelijke en onafhankelijke variabelen staan weergegeven in figuur 1. De primaire uitkomstmaat was het bereiken van een doel op het gebied van sociale participatie, bijvoorbeeld werk, vrijwilligerswerk, scholing of een gestructureerde dagbesteding. Dit werd op nominaal niveau gemeten (niet versus gedeeltelijk of helemaal het doel behaald) door middel van een gestructureerd interview met cliënten door een onafhankelijke interviewer. Daarnaast werd de mate van participatie als uitkomstmaat gebruikt. Dit is op ordinaal niveau beoordeeld door de centrale hulpverlener (casemanager of woonbegeleider) van de cliënt, aan de hand van de participatieladder die is ontwikkeld in het kader van de Wet op Maatschappelijke Opvang (WMO). De onafhankelijke variabelen waren onder meer het door de cliënten zelf op de baseline meting beoordeelde sociaal functioneren, zelf-effectiviteit en het gevoel van herstel. De participant heeft zichzelf op deze onafhankelijke variabelen beoordeeld door middel van de volgende vragenlijsten: de Birchwood Social Functioning Scale (SFS), General Self Efficacy Scale (GSES) en de Recovery Assessment Scale (RAS). Deze variabelen zijn op ordinaal niveau gemeten. Verder werd het al dan niet hebben van werkervaring (in de afgelopen zes maanden) als onafhankelijke variabele meegenomen. Dit is aan de hand van een gestructureerd interview bij de cliënten uitgevraagd. Deze variabele werd op nominaal niveau gemeten (ja of nee). Als laatste zijn enkele onafhankelijke variabelen meegenomen die op de baseline meting door de hulpverlener worden beoordeeld, namelijk: psychosociaal functioneren en ernst van symptomen. Om deze variabelen te meten zijn de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en de Activity and Participation Scale (APS) gebruikt. Deze onafhankelijke variabelen zijn op ordinaal niveau gemeten.



Figuur 1. Een weergave van alle onafhankelijke variabelen (links, op de baseline gemeten) en afhankelijke variabelen (rechts, na zes maanden gemeten). De rode, onderbroken pijlen zullen met een logistische regressie analyse worden getoetst. De zwarte pijlen die niet zijn onderbroken zullen aan de hand van een lineaire regressie worden getoetst.

Participanten

Dit onderzoek was onderdeel van een landelijke kosteneffectiviteitsstudie naar rehabilitatie van mensen met EPA (Sanches et al., in press). Uit deze studie konden 81 mensen voor het huidige onderzoek worden meegenomen. Voor de tweede meting op het bereiken van de doelen konden 81 personen worden meegenomen in de analyse en op de participatieladder 35 mensen. Dit verschil kwam tot stand omdat bij dit lopende onderzoek nog niet evenveel vragenlijsten op de participatieladder verzameld waren in het bestand. De leeftijd van de participanten lag tussen de 18 en 63 jaar ($M = 39$, $SD = 10,31$). De totale participantengroep bestond uit 53 mannen en 28 vrouwen. Er waren enkele criteria voor deelname aan deze studie. Alle participanten moesten op het moment van de werving hulpverlening krijgen via FACT-teams (Functie Assertive Community Treatment) van de regionale GGZ instelling Altrecht in de regio Utrecht, of bij Dijk en Duin in de regio Noord-Holland, of in zorg zijn bij Promens Care, een regionale instelling voor beschermd en begeleid wonen. De participant moest ouder zijn dan 18 jaar en jonger dan 65 jaar. Er moest sprake zijn van ernstige psychiatrische klachten. Dit werd gekarakteriseerd door een DSM diagnose, langdurig zorgcontact (> 2 jaar) en veelal beperkingen in het functioneren. Daarnaast moest de participant een wens op het gebied van participatie hebben. Cliënten die de afgelopen vier maanden individuele rehabilitatie begeleiding hadden gehad bij het realiseren van een wens op gebied van werk, vrijwilligerswerk, opleiding of zinvolle dagbesteding zijn uitgesloten van het onderzoek. De werving van participanten gebeurde via de hulpverlener aan de hand van een gesprek en een informatiebrief.

Meetinstrumenten

Birchwood Social Functioning Scale. Deze vragenlijst is ontwikkeld door Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton en Copestake (1990) om sociaal functioneren, beoordeeld door de cliënt, te meten bij mensen met de diagnose schizofrenie. De SFS gaat in op de sociale contacten en activiteiten die worden ondernomen. De vragenlijst bestaat uit zeven domeinen: sociale betrokkenheid, interpersoonlijke communicatie, interpersoonlijke prestaties, recreatie, sociaal gedrag, onafhankelijkheid competentie en werk en bezigheden. Volgens het onderzoek van Birchwood et al. (1990) heeft de vragenlijst een goede betrouwbaarheid en is valide. De item-totaal correlatie laat een hoge interne consistentie zien en de sensitiviteit van de vragenlijst is goed.

General Self Efficacy Scale. De GSES is ontwikkeld door Scherzer en Jerusalem (1995) en meet zelf-effectiviteit. De vragenlijst bestaat uit 10 vragen, waaronder de vragen *'Het lukt me altijd moeilijke problemen op te lossen, als ik er genoeg moeite voor doe'* en *'Ik vertrouw erop dat ik onverwachte gebeurtenissen doeltreffend aanpak'*. In verschillende onderzoeken wordt een hoge betrouwbaarheid en construct validiteit gevonden (Leganger, Kraft & Røysamb, 2000; Schwarzer, Mueller, & Greenglass, 1999).

Recovery Assessment Scale. De RAS (Corrigan, Salver, Ralph, Songster & Keck, 2004) meet herstel van ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals beoordeeld door de participant. In de huidige studie is gebruik gemaakt van de verkorte RAS, die bestaat uit 24 items. De vragenlijst bestaat uit vijf factoren: persoonlijk zelfvertrouwen en hoop, bereidheid om hulp te vragen, doel en succes oriëntatie, afhankelijkheid van anderen en dominantie van symptomen. Uit het onderzoek van Corrigan et al. (2004) blijkt dat de RAS een betrouwbare en valide vragenlijst is om de mate van herstel te meten. De vragenlijst heeft een hoge interne consistentie en een goede test-hertest betrouwbaarheid. Daarnaast blijkt er sprake te zijn van een goede convergente validiteit (Corrigan et al., 2004; Mukolo, Heflinger & Baxter, 2011).

Brief Psychiatric Rating Scale. De BPRS is ontwikkeld door Ventura et al. (1993) om snel en effectief veranderingen in psychiatrische symptomen te evalueren. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de uitgebreide versie met 24 items, waarbij de hulpverlener de cliënt moet beoordelen op de diverse symptomen. De BPRS heeft in totaal vijf schalen: denkstoornissen, depressie, anergie, activatie of manie en desoriëntatie (Dingemans et al., 1995). De hulpverlener beoordeelt in hoeverre elk symptoom aanwezig is. De cliënt wordt hierbij vergeleken met de gehele populatie cliënten die dit symptoom hebben. De BPRS heeft een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Mueser, Curran & McHugo, 1997), interne consistentie (Dingemans, Linszen, Lenior & Smeets, 1995) en een goede begripsvaliditeit (Overall & Gorham, 1988).

Activity and Participation Scale. De APS (Van Wel, Felling & Persoon, 2002) meet het activiteiten- en participatieniveau van de cliënt en wordt ingevuld door een hulpverlener die bekend is met het dagelijks functioneren van de cliënt, voor ten minste een half jaar. Er worden zeven dimensies gemeten: interne sociale integratie, basale zelfredzaamheid, mediagebruik, contacten met personen van buiten de instelling/leefeenheid zonder er zelf te komen, buiten de leefeenheid komen, potentiële sociale vaardigheden en vreedzaam gedrag. Uit onderzoek blijkt dat de APS een hoge betrouwbaarheid en interne validiteit heeft (Van Wel, Felling, Persoon, 2003).

Werkervaring. Er is gebruik gemaakt van drie vragen om werkervaring in het afgelopen half jaar bij de participant te meten. Dit waren de volgende vragen: *'Heeft u de afgelopen zes maanden vrijwilligerswerk (onbetaald werk) verricht?'*, *'Heeft u de afgelopen zes maanden betaald werk gehad?'* en *'Heeft u de afgelopen zes maanden als gevolg van uw gezondheidsproblemen minder kunnen werken?'*

Doelen. Er is gebruik gemaakt van een gestructureerd interview dat eerder is gebruikt in het onderzoek van Swildens et al. (2011) naar effectiviteit van individuele rehabilitatie. Tijdens de eerste meting werd het doel van de participant uitgevraagd. Dit kon gaan om een doel op het gebied van werk, vrijwilligerswerk, opleiding en dagbesteding. In de tweede meting werd de participant gevraagd of het doel wel/deels of niet is gerealiseerd.

Participatieladder. Dit is een meetinstrument waarmee kan worden vastgesteld in hoeverre iemand meedoet in de samenleving. Door middel van een stroomschema wordt de mate van participatie bepaald. Deze ladder is onderverdeeld in de volgende zes treden: (1) geïsoleerd, (2) sociale contacten buitenshuis, (3) deelname aan georganiseerde activiteiten, (4) onbetaald werk, (5)

betaald werk met ondersteuning en (6) betaald werk. Begin 2009 heeft een pilot in 6 gemeenten plaatsgevonden. De belangrijkste conclusies zijn dat de definities en afbakening van de treden goed zijn. Daarnaast maakt de participatieladder inzichtelijk hoe de doelgroep het doet over de volle breedte van re-integratie in het kader van de WMO (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2009).

Procedure

Wanneer men had aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek, werd er een afspraak gemaakt om de eerste meting af te nemen, hetzij in de instelling waar de participant hulpverlening kreeg, hetzij bij de cliënt thuis. Voordat het onderzoek werd gestart werd bij de cliënt een toestemmingsformulier verzameld.

Bij de eerste meting werden de SFS, GSES, RAS en de gestructureerde interviews betreft de doelen en werkervaring afgenomen. Daarnaast werden sociaal-demografische gegevens uitgevraagd. De vragenlijsten zijn mondeling afgenomen. De BPRS, APS en participatieladder werden ongeveer gelijktijdig aan het interview met de participant ingevuld door de hulpverlener van de participant. Een half jaar later werd de participant benaderd voor de tweede meting. Tijdens deze meting werd door middel van een kort gestructureerd interview besproken of de gestelde doelen wel of niet zijn behaald. De hulpverlener is ongeveer gelijktijdig gevraagd wederom de participatieladder in te vullen.

Statistische analyse

De statistische analyses is uitgevoerd met het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 20.0. Eerst zijn frequentietabellen opgesteld om de demografische kenmerken van de participantengroep in beeld te brengen en is er een tabel gemaakt met de scores op de eerste metingen. Vervolgens is gekeken naar het percentage participanten dat op de tweede meting het participatiedoel heeft bereikt en is door middel van een gepaarde t-toets gekeken naar het verschil in scores op de twee metingen van de participatieladder.

Voordat er aan de regressieanalyses werd begonnen is er eerst gekeken of aan alle assumpties voor de logistische en lineaire regressieanalyse werd voldaan. Om de voorspellers voor het bereiken van een participatiedoel (wel of deels het doel bereikt versus niet het doel bereikt) te onderzoeken is gebruik gemaakt van een logistische regressieanalyse (methode 'Enter'). In figuur 1 is dit aan de hand van rode, onderbroken pijlen aangegeven. De voorspellers van de mate van participatie zijn onderzocht door middel van een lineaire regressieanalyse. In figuur 1 is dit aangegeven met de zwarte pijlen die niet zijn onderbroken. In deze analyse is er gecontroleerd voor de mate van participatie op het moment van de eerste meting. Er is bij beide afhankelijke variabelen ook naar de voorspellende waarde van subschalen gekeken. De onafhankelijke variabelen zijn eerst apart in de regressieanalyses getoetst. Daarna is gekeken of er sprake is van interactie-effecten.

Vervolgens zijn er diverse modellen door middel van multiële logistische en lineaire regressieanalyses onderzocht. De voorspellende waarde van de onafhankelijke variabelen die zijn beoordeeld door de participant zijn samen in een model getoetst op beide afhankelijke variabelen. Dit is ook gedaan met de onafhankelijke variabelen die door de hulpverlener zijn beoordeeld. De significante voorspellers zijn hierbij als eerste in het model toegevoegd. Als laatste is er per afhankelijke variabele een model gemaakt, waarbij alleen de significante voorspellers zijn meegenomen, om te kijken welke onafhankelijke variabelen samen de meeste voorspellende waarde hebben.

Resultaten

Beschrijvende statistieken

In tabel 1 zijn achtergrondgegevens van de participantengroep beschreven. De gemiddelde leeftijd waarop het eerste contact met de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) heeft plaatsgevonden is 24 jaar ($SD = 9,36$). De gemiddelden en standaarddeviaties van een aantal van de onafhankelijke variabelen zijn te zien in tabel 2.

Tabel 1. Beschrijving participantengroep op moment van de baseline meting, in aantallen en percentages voor 'Doel bereiken' (N = 81) en 'Mate van participatie' (N = 35).

	Doel bereiken	Mate van participatie
	N (%)	N (%)
Sekse		
Man	53 (65)	23 (66)
Vrouw	28 (35)	12 (34)
Geboorteland		
Nederland	67 (83)	28 (80)
Ander land	14 (17)	7 (20)
Burgerlijke staat		
Ongehuwd	65 (80)	26 (74)
Gescheiden	8 (10)	3 (9)
Gehuwd	8 (10)	6 (17)
Woonsituatie		
Bij ouders/familie	7 (9)	3 (9)
Zelfstandig, alleen	34 (42)	15 (43)
Zelfstandig met partner en eventuele kinderen	6 (7)	4 (11)
Zelfstandig met anderen	1 (1)	1 (3)
GGZ instelling	31 (39)	10 (28)
Anders	2 (2)	2 (6)
Opleidingsniveau		
Lager onderwijs	8 (10)	2 (6)
Middelbaar onderwijs	58 (71)	25 (72)
Hoger onderwijs	15 (19)	8 (22)
Werkervaring		
Ja	43 (53)	19 (54)
Nee	38 (47)	16 (46)

Tabel 2. Gemiddelden, standaarddeviaties en de minimum en maximum haalbare score van de onafhankelijke variabelen.

	<i>M (SD)</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
<i>Participant</i>			
Sociaal functioneren	110,76 (8,57)	55	135
Zelf-effectiviteit	28,17 (5,95)	10	40
Gevoel van herstel	84,77 (13,47)	24	120
<i>Hulpverlener</i>			
Psychosociaal functioneren	62,01 (7,93)	0	74
Ernst symptomen	42,61 (12,39)	24	168

Analyse uitkomstmaten

Na een half jaren waren er 23 (27%) participanten die een participatiedoel geheel of gedeeltelijk hebben bereikt. De positie op de participatieladder op de baseline is vergeleken met de positie een half jaar later. De gemiddelde score op de participatieladder was op de baseline $M = 3,02$ met $SD = 1,10$. Op het moment van de tweede meting was het gemiddelde $M = 3,49$ met $SD = 1,20$. Er is geen significant verschil gevonden ($t = -1,58$, $p = ,12$) op de positie op de participatieladder, een half jaar na de baseline meting.

Regressieanalyses

Eerst is aan de hand van een logistische regressieanalyse gekeken welke onafhankelijke variabelen voorspellend zijn voor het bereiken van een participatiedoel. In tabel 3 is te zien dat de onafhankelijke zelfrapportage variabelen '*Sociaal functioneren*' en '*Werkervaring*' een positief voorspellende waarde hebben voor het bereiken van een participatiedoel. Van de SFS zijn specifiek de subschalen '*Sociale betrokkenheid*' en '*Werk en bezigheden*' positieve voorspellers van doel bereiken. Daarnaast zijn de subschalen '*Buiten de instelling komen*' en '*Vreedzaam gedrag*' van de APS beoordeeld door de hulpverlener positieve voorspellers. Dit betekent dat cliënten die op bovenstaande factoren hoger scoorden op de baseline, vaker het participatiedoel bereikten. De beste variabele om '*Doel bereiken*' te voorspellen is '*Sociaal functioneren*', beoordeeld door de cliënt ($\chi^2 = 4,50$, $p = ,03$, Nagelkerke $R^2 = ,08$). Wanneer er ook naar de subschalen wordt gekeken is '*Vreedzaam gedrag*' de beste voorspeller voor '*Doel bereiken*' ($\chi^2 = 6,54$, $p = ,01$, Nagelkerke $R^2 = ,11$).

Zoals te zien in tabel 3 zijn er met de lineaire regressieanalyse ook voorspellers gevonden van de mate van participatie beoordeeld met de participatieladder door de hulpverlener na een half jaar. Er is in deze regressieanalyses gecontroleerd voor het baseline niveau op de participatieladder. Positieve voorspellers zijn de onafhankelijke variabele '*Psychosociaal functioneren*' beoordeeld door de hulpverlener, ($F(2, 29) = 4,71$, $p = ,02$, *adjusted R*² = ,19) en de subschaal '*Buiten de instelling komen*' van de APS ($F(2, 31) = 5,06$, $p = ,02$, *adjusted R*² = ,20). Dat betekent dat mensen die hoger op deze factoren scoorden op de baseline, meer stegen op de participatieladder. De onafhankelijke variabele '*Ernst van symptomen*' heeft een negatief voorspellende waarde op de '*Mate van participatie*' ($F(2, 32) = 6,52$, $p = ,00$, *adjusted R*² = ,25). Dat wil zeggen dat cliënten met meer symptomen op baseline minder stegen op de participatieladder. De variabele '*Ernst van symptomen*' komt naar voren als de beste voorspeller voor de '*Mate van participatie*'.

Tabel 3. Regressieanalyses met alle onafhankelijke variabelen en subschalen per afhankelijke variabele.

	Doel bereiken			Mate participatie		
	B	SE	p	B	SE	p
Participant						
<i>Sociaal functioneren</i>	,07	,03	,04*	,01	,03	,75
Sociale betrokkenheid	,06	,03	,02*	,01	,02	,59
Interpersoonlijke communicatie	,02	,01	,12	,01	,01	,53
Interpersoonlijke prestaties	,03	,03	,38	,02	,03	,47
Recreatie	,02	,02	,22	-,01	,01	,67
Sociaal gedrag	,02	,02	,21	,00	,02	,91
Onafhankelijkheid competentie	,04	,03	,20	,04	,03	,11
Werk en bezigheden	,08	,04	,05*	-,03	,03	,29
<i>Zelf-effectiviteit</i>	-,02	,04	,73	,08	,04	,08
<i>Gevoel van herstel</i>	,01	,02	,76	,03	,02	,17
Persoonlijk zelfvertrouwen en hoop	,00	,04	,94	,05	,04	,12
Bereidheid om hulp te vragen	-,07	,12	,59	,18	,11	,12
Doel en succes oriëntatie	,03	,07	,73	-,00	,06	,94
Afhankelijkheid van anderen	,18	,11	,10	,09	,10	,37
Dominantie van symptomen	,04	,10	,68	,16	,10	,10
Hulpverlener						
<i>Psychosociaal functioneren</i>	,07	,04	,07	,08	,03	,02*
Interne sociale integratie	,22	,13	,10	,16	,11	,16
Basale zelfredzaamheid	-,10	,56	,86	,61	,71	,40
Mediagebruik	,02	,16	,92	,08	,13	,55
Contact personen buiten instelling	,19	,13	,13	,17	,12	,18
Buiten leefeenheid komen	,23	,11	,04*	,22	,09	,02*
Potentiële sociale vaardigheden	,47	,30	,11	,35	,20	,09
Vreedzaam gedrag	,81	,37	,03*	-,06	,22	,78
<i>Ernst van symptomen</i>	-,04	,02	,13	-,05	,02	,00*
<i>Werkervaring (ja versus nee)</i>	1,05	,51	,04*	-,58	,47	,23

Noot. * voor $p < ,05$.

Interactie-effecten

Er is onderzocht of er interactie-effecten tussen de onafhankelijke variabelen zijn voor het voorspellen van de afhankelijke variabelen 'Doel bereiken' en 'Mate van participatie'.

De factoren 'Psychosociaal functioneren' en 'Ernst van symptomen', beoordeeld door de hulpverlener, hebben een interactie-effect ($B = ,00$, $SE = ,00$, $p < ,05$) op het voorspellen van 'Doel bereiken'. Hoewel er een significante p -waarde is gevonden, is het verband zwak. Verder worden er meerdere interactie-effecten gevonden met werkervaring op 'Doel bereiken'. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 4. Ook de significante interactie-effecten in deze tabel zijn zwak.

Tabel 4. Significante interactie-effecten voor het voorspellen van 'Doel bereiken', met werkervaring.

	Doel bereiken		
	B	SE	p
<i>Participant</i>			
Werkervaring*Sociaal functioneren	,01	,01	,02*
Werkervaring*Zelf-effectiviteit	,04	,02	,02*
Werkervaring*Gevoel van herstel	,01	,01	,03*
<i>Hulpverlener</i>			
Werkervaring *Psychosociaal functioneren	,02	,01	,02*

Noot. * voor $p < .05$.

Voor het voorspellen van 'Mate van participatie' zijn drie significante interactie-effecten gevonden. Deze resultaten zijn te zien in tabel 5. Het eerste interactie-effect is tussen 'Gevoel van herstel' beoordeeld door de participant en 'Ernst van symptomen' beoordeeld door de hulpverlener ($F(2, 31) = 4,62, p = ,02, adjusted R^2 = ,18$). Daarnaast is er een interactie-effect tussen zelfgerapporteerde 'Zelf-effectiviteit' en 'Psychosociaal functioneren' beoordeeld door de hulpverlener ($F(2, 28) = 5,76, p = ,01, adjusted R^2 = ,24$). Het laatste significante interactie-effect op het voorspellen van 'mate van participatie' is gevonden tussen 'Psychosociaal functioneren' en 'Ernst van symptomen', beoordeeld door de hulpverlener ($F(2, 29) = 4,26, p = ,02, adjusted R^2 = ,17$). Ondanks dat er significante p -waarden zijn gevonden, zijn de interactie-effecten zwak.

Tabel 5. Significante interactie-effecten voor het voorspellen van 'Mate van participatie'.

	Mate van participatie			
	B	SE	t	p
Zelf-effectiviteit*Psychosociaal functioneren	-,00	,00	-2,48	,02*
Gevoel van herstel*Ernst symptomen	,00	,00	2,79	,01*
Psychosociaal functioneren*Ernst van symptomen	-,00	,00	-2,36	,03*

Noot. * voor $p < .05$.

Regressieanalyses modellen

Als laatste zijn significante voorspellers in diverse modellen getoetst om te onderzoeken welke variabelen samen de meeste variantie verklaren. Dit is onderzocht voor beide uitkomst variabelen; 'Doel bereiken' en 'Mate van participatie'.

Voor 'Doel bereiken' is het model met de significante variabelen: 'Sociaal functioneren' beoordeeld door de participant, 'Buiten de instelling komen' en 'Vreedzaam gedrag' van de APS en het interactie-effect van 'Zelf-effectiviteit' met 'Werkervaring' de beste voorspeller ($B = -16,68, SE = 6,34, p = ,01, \chi^2 = 18,08, p = ,00$). Volgens de Nagelkerke R^2 wordt met dit model ,32 van de variantie verklaard. In tabel 6 is de bijdrage per variabele af te lezen.

Tabel 6. Bijdrage per variabele in het beste voorspellende model voor 'Doel bereiken'.

	Doel bereiken		
	B	SE	p
<i>Participant</i>			
Sociaal functioneren	,05	,05	,31
Werkervaring*Zelf-effectiviteit	,05	,02	,05*
<i>Hulpverlener</i>			
Buiten de instelling komen	-,03	,18	,87
Vreedzaam gedrag	1,29	,55	,02*

Noot. * voor $p < .05$.

Het model met de door de hulpverlener beoordeelde variabele 'Ernst van symptomen' (met positie op de participatieladder op de baseline meting als controlevariabele) en het interactie-effect tussen 'Zelf-effectiviteit' (beoordeeld door de participant) en 'Psychosociaal functioneren' (beoordeeld door de hulpverlener), is het beste model om de 'Mate van participatie' op de participatieladder na een half jaar mee te voorspellen ($B = 2,36$, $SE = 1,47$, $t = 1,31$, $p = ,12$, $F(3, 27) = 5,54$, $p = ,00$, $adjusted R^2 = ,31$). In tabel 7 is de bijdrage per variabele te zien.

Tabel 7. Bijdrage per variabele in het beste voorspellende model voor 'Mate van participatie'.

	Mate participatie		
	B	SE	p
Positie op de participatieladder	,23	,16	,15
Zelf-effectiviteit*Psychosociaal functioneren	,00	,00	,09
Ernst van symptomen	-,03	,02	,06

Discussie

In deze studie is gekeken naar voorspellers voor participatie bij mensen met EPA na een half jaar. Een aantal hypothesen zijn onderzocht. De eerste verwachting, dat sociaal functioneren (beoordeeld door de cliënt) een voorspeller is van het bereiken van een participatiedoel, is conform de resultaten. Sociaal functioneren (beoordeeld door de cliënt) is echter geen voorspeller gebleken van de mate van participatie. De tweede verwachting, dat cliënten met een hoge zelf-effectiviteit (beoordeeld door de cliënt) vaker meer participatie bereiken, is niet conform de resultaten van dit onderzoek. Ook de derde verwachting, dat gevoel van herstel (beoordeeld door de cliënt) een voorspeller is van het bereiken van meer participatie, is onwaar. In de vierde verwachting werd gesteld dat werkervaring een voorspeller is van participatie. Uit de resultaten is gebleken dat een cliënt met werkervaring vaker een participatie gerelateerd doel bereikt. Dit is conform de verwachting. Werkervaring is echter geen voorspeller van de mate van participatie gebleken. De vijfde verwachting was dat cliënten met een hoog psychosociaal functioneren (beoordeeld door de hulpverlener) vaker meer gaan participeren. Uit het onderzoek is gebleken dat het geen voorspeller is van het bereiken van een participatiedoel. Dit is niet conform de verwachting. Psychosociaal

functioneren (beoordeeld door de hulpverlener) is echter wel een voorspeller gebleken van de mate van participatie. In de laatste verwachting werd gesteld dat cliënten met een hoge score op de ernst van symptomen (beoordeeld door de hulpverlener) minder vaak meer participatie bereiken. Uit het onderzoek is gebleken dat de ernst van symptomen geen voorspeller is van het bereiken van een participatiedoel. Het is echter wel een voorspeller gebleken van de mate van participatie. Deze uitkomst is conform de verwachting.

Het huidige onderzoek heeft ook onderzocht welke factor het beste is om het bereiken van een participatiedoel en de mate van participatie te voorspellen. Voor het bereiken van een doel is dit sociaal functioneren beoordeeld door de cliënt. Om de mate van participatie te voorspellen kan het beste worden gekeken naar de ernst van symptomen, beoordeeld door de hulpverlener.

Verder is in dit onderzoek geprobeerd inzicht te krijgen in de vraag welke variabelen samen in een model de meeste variantie verklaren voor het bereiken van een participatie gerelateerd doel en voor de mate waarin de cliënt zal gaan participeren. Voor het bereiken van een participatiedoel is dit het model met sociaal functioneren (beoordeeld door de cliënt), de subschalen '*Buiten de instelling komen*' en '*Vreedzaam gedrag*' van de APS en het interactie-effect van gevoel van herstel met werkervaring. Om de mate van participatie te voorspellen kan het beste een model worden gebruikt met de ernst van symptomen (beoordeeld door de hulpverlener) en het interactie-effect tussen zelf-effectiviteit (beoordeeld door de cliënt) en psychosociaal functioneren (beoordeeld door de hulpverlener).

De bevinding dat cliënten die zichzelf hoger beoordelen op sociaal functioneren vaker een participatie gerelateerd doel bereiken, is conform de eerder genoemde literatuur van Mueser et al. (2001). In de resultaten komt naar voren dat met name de subschalen '*Sociale betrokkenheid*' en '*Werk en bezigheden*' een belangrijk aandeel hebben. Een mogelijke verklaring van de rol van sociale betrokkenheid is dat de cliënten die hoog op de subschaal '*Sociale betrokkenheid*' scoren, meer sociale steun en contacten hebben die kunnen helpen bij het bereiken van een participatiedoel. Dit zorgt er wellicht voor dat het doel eerder wordt bereikt. Een verklaring dat de subschaal '*Werk en bezigheden*' een belangrijke rol lijkt te spelen is dat deze subschaal hetzelfde concept meet als de uitkomstmaat '*Doel bereiken*'. Er is een interactie-effect gevonden van sociaal functioneren (beoordeeld door de cliënt) en werkervaring voor het voorspellen van het bereiken van een participatiedoel, deze was echter zeer zwak. Sociaal functioneren beoordeeld door de cliënt blijkt geen voorspeller te zijn van de mate van participatie na een half jaar. Een mogelijke verklaring dat sociaal functioneren (beoordeeld door de cliënt) wel een voorspeller is van doel bereiken maar niet van de mate van participatie, is dat de cliënt zelf heeft beoordeeld of een doel is bereikt of niet. De mate van participatie is beoordeeld door de hulpverlener. Het kan zijn dat de cliënt gedeeltelijk of geheel een doel heeft behaald, maar dat dit volgens de hulpverlener niet van invloed is geweest op de positie op de participatieladder.

De tweede verwachting op basis van de literatuur was dat zelf-effectiviteit een voorspeller is voor het bereiken van een participatiedoel. Dit wordt niet door het onderzoek bevestigd; zelf-effectiviteit blijkt op zichzelf geen voorspeller te zijn van de mate van participatie. Dit betekent dat cliënten die zichzelf hoger beoordelen op zelf-effectiviteit, niet vaker een participatiedoel bereiken of meer gaan participeren dan mensen die zichzelf laag beoordelen op zelf-effectiviteit. In enkele van de eerder genoemde studies zijn mensen zonder psychiatrische diagnose onderzocht, waardoor de generaliseerbaarheid van de resultaten een mogelijke oorzaak kan zijn voor het verschil in uitkomst met huidig onderzoek. Een andere mogelijke verklaring is dat de tweede meting in huidige studie al na een half jaar heeft plaatsgevonden. Volgens het onderzoek van Mueser, Salyers en Mueser (2001)

heeft iemand drie keer zoveel kans om een jaar later aan het werk te zijn. Wellicht hebben mensen met EPA langer dan een half jaar de tijd nodig om een participatiedoel te bereiken. Wanneer zelf-effectiviteit in combinatie met werkervaring wordt gemeten wordt er wel een voorspellende waarde op de mate van participatie gevonden. Dit verband is echter zeer zwak.

Dit is wellicht ook de verklaring dat in het huidige onderzoek geen voorspellende waarde is gevonden van het gevoel van herstel voor het bereiken van een participatie gerelateerd doel of de mate van participatie. Cliënten die zichzelf hoger beoordelen op het gevoel van herstel bereiken niet vaker een participatiedoel of een hogere positie op de participatieladder (of een stijging op de participatieladder). In het onderzoek van Mueser et al. (2006) kwam naar voren dat het zelfervaren herstelproces bij mensen met EPA van belang is om weer deel te nemen in de maatschappij. Deze resultaten zijn over het beloop van een jaar gevonden. Wellicht hebben mensen met EPA ook op gebied van gevoel van herstel langer dan een half jaar de tijd nodig om bijvoorbeeld daadwerkelijk effectief om te kunnen gaan met problemen en controle te krijgen over het leven. Wanneer het gevoel van herstel in een interactie-effect met werkervaring wordt getoetst op het bereiken van een participatiedoel wordt er wel een voorspellende waarde gevonden. Dit interactie-effect is echter zeer zwak.

In het huidige onderzoek is geen relatie gevonden tussen werkervaring en een hogere mate van participatie na een half jaar. Werkervaring blijkt echter wel een voorspeller te zijn voor het bereiken van een participatiedoel. Dit is conform de eerder genoemde literatuur (Tsang et al., 2010; Catty et al., 2008; Burke-Miller et al., 2006; Mueser et al., 2001). Daarnaast lijkt werkervaring een klein versterkend effect te hebben op de zelfrapportage sociaal functioneren, zelf-effectiviteit, gevoel van herstel en psychosociaal functioneren (beoordeeld door de hulpverlener), voor het bereiken van een participatiedoel. Een mogelijke verklaring dat er in huidig onderzoek geen relatie is gevonden tussen het hebben van werkervaring en de mate van participatie is dat cliënten wellicht op het moment van onderzoek werk hadden. Dit betekent dat deze cliënten op de baseline meting al hoog scoorden op de participatieladder. Het bereiken van een participatiedoel na een half jaar zal dan weinig gevolg hebben gehad voor de positie op de participatieladder van deze cliënten.

Het psychosociaal functioneren (beoordeeld door de hulpverlener) blijkt geen voorspeller te zijn voor het bereiken van een participatie gerelateerd doel. Een hoge score op de subschalen '*Buiten de leefeenheid komen*' en '*Vreedzaam gedrag*' blijken wel voorspellers te zijn voor het bereiken van een participatiedoel. Cliënten die hoog scoren op deze subschalen lijken dus eerder een participatiedoel te bereiken dan mensen die laag op deze factoren scoren. Psychosociaal functioneren is in een interactie-effect met werkervaring wel een voorspeller voor een participatie gerelateerd doel. Deze relatie is echter zwak. Cliënten die hoog worden beoordeeld op psychosociaal functioneren door de hulpverlener, bereiken wel vaker een hogere mate van participatie na een half jaar. Dit sluit aan bij de eerder genoemde onderzoeken (Michon et al., 2005; Cook & Razzano, 2000; Marwaha & Johnson, 2004; Tsang et al., 2010; Mueser, Salyers & Mueser, 2001). De concepten van de subschaal '*Buiten de leefeenheid komen*' en de participatieladder hebben enige overlap. Wanneer een cliënt regelmatig buiten de woning komt, wordt daarmee ook hoger op de participatieladder gescoord. Dit verklaard wellicht dat er wel een voorspellende waarde is gevonden van psychosociaal functioneren (beoordeeld door de hulpverlener) voor de mate van participatie, maar niet voor het bereiken van een participatiedoel.

De laatste verwachting was dat cliënten met een hoge score op ernst van symptomen, beoordeeld door de hulpverlener, minder vaak meer participatie bereiken. Uit de resultaten is gebleken dat de ernst van symptomen geen voorspeller is voor het bereiken van een participatie

gerelateerd doel. Dit is niet volgens de verwachting. De ernst van symptomen is echter wel een voorspeller voor de mate van participatie. Dit is wel conform de verwachting. In het literatuuroverzicht van Michon et al. (2005) komt naar voren dat er nog onduidelijkheid is over het verband tussen symptomen en het bereiken van meer participatie. Ondanks dat er een relatie is gevonden tussen de ernst van symptomen en de mate van participatie, kan dit onderzoek geen uitsluitsel geven. Een mogelijke verklaring dat de ernst van symptomen (beoordeeld door de hulpverlener) wel een voorspeller is van de mate van participatie maar niet van het bereiken van een participatiedoel, is regressie naar het gemiddelde. Wellicht dat cliënten die veel last hebben van symptomen, alleen nog maar kunnen verbeteren. Wat verder opvalt is het interactie-effect tussen het gevoel van herstel (beoordeeld door de cliënt) en de ernst van symptomen beoordeeld door de hulpverlener voor de mate van participatie. Hoewel het interactie-effect zwak is, lijken de beoordeling van de cliënt op gevoel van herstel en de beoordeling van de hulpverlener op de ernst van symptomen wel op elkaar aan te sluiten.

Uit het huidige onderzoek is gebleken dat sociaal functioneren, beoordeeld door de cliënt, de beste voorspeller is voor het bereiken van een participatiedoel. Deze bevinding toont het belang van de beoordeling van de cliënt aan, waar tot op heden weinig aandacht aan is besteed in onderzoek. Het beste model om het bereiken van een participatiedoel te voorspellen bevat sociaal functioneren (beoordeeld door de cliënt), de subschalen '*Buiten de instelling komen*' en '*Vreedzaam gedrag*' van de APS en het interactie-effect tussen gevoel van herstel (beoordeeld door de cliënt) en werkervaring. De beste voorspeller voor de mate van participatie is de ernst van symptomen, beoordeeld door de hulpverlener. Het beste voorspellende model voor de mate van participatie bevat de ernst van symptomen (beoordeeld door de hulpverlener) en het interactie-effect tussen zelf-effectiviteit (beoordeeld door de cliënt) en psychosociaal functioneren (beoordeeld door de hulpverlener). Het is voor de hulpverlener dus belangrijk om met name rekening te houden met de zelfbeoordeling van de cliënt op het sociaal functioneren, en de eigen beoordeling van de ernst van symptomen. Wanneer een cliënt meer wil gaan participeren wordt het bevorderen van deze factoren tijdens de behandeling en begeleiding aanbevolen.

De huidige studie kent een aantal beperkingen die de resultaten mogelijk hebben beïnvloed. Zo is het kleine aantal cliënten in de herhaalmeting van de participatieladder een beperking. Voor de tweede meting van het bereiken van een participatiedoel waren er meer cliënten beschikbaar. Dit heeft als gevolg dat de resultaten op deze twee uitkomstmaten van participatie lastig met elkaar vergelijkbaar zijn. Een andere beperking is dat de cliënt variabelen afwijken van de hulpverlener variabelen. Dit heeft als gevolg dat dit onderzoek moeilijk uitspraken kan doen over of bepaalde factoren beter door de cliënt of door de hulpverlener kunnen worden beoordeeld om participatie te voorspellen. Ook het meetniveau van de variabelen problematisch. Er moest ingewikkelde statistiek worden toegepast om tot de resultaten te komen. Als laatste was er bij enkele participanten sprake van een taalbarrière waardoor het zou kunnen dat vragen niet altijd goed zijn geïnterpreteerd, wat een vertekend beeld van de antwoorden als gevolg zou kunnen hebben gehad.

In huidig onderzoek is sociaal functioneren (beoordeeld door de cliënt) naar voren gekomen als beste voorspeller van het bereiken van een participatiedoel. De ernst van symptomen (beoordeeld door de hulpverlener) is de belangrijkste voorspeller voor de mate van participatie. Een suggestie voor vervolgonderzoek is het vinden van de meest geschikte begeleiding voor cliënten die meer willen participeren, waarbij op deze factoren wordt ingespeeld. Een voorbeeld van een mogelijke behandeling om te onderzoeken is het Individual Placement en Support model (IPS). Binnen IPS wordt naast de klinische behandeling, het verkrijgen van werk meegenomen in het

behandelplan (Drake, Bond & Becker, 2012). Verder is er ook onderzoek nodig naar andere factoren die van invloed kunnen zijn op het wel of niet bereiken van meer participatie. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gekeken naar veel voorkomende obstakels tijdens het proces van het bereiken van meer participatie. Zijn er bijvoorbeeld veel cliënten die in het sollicitatieproces tegen specifieke problemen aan lopen? Durven cliënten überhaupt wel te solliciteren of is hier in veel gevallen begeleiding bij nodig? Wanneer er informatie is over veel voorkomende problemen kan hier rekening mee worden gehouden in de begeleiding van de cliënt, zodat de kans op meer participatie wellicht wordt verhoogd.

De conclusie van het huidige onderzoek is dat sociaal functioneren (beoordeeld door de cliënt) en werkervaring voorspellers zijn van het bereiken van een participatiedoel. Psychosociaal functioneren en ernst van symptomen (beoordeeld door de hulpverlener) blijken voorspellers te zijn voor de mate van participatie. Voor het bereiken van een participatiedoel is sociaal functioneren (beoordeeld door de cliënt) de belangrijkste voorspeller. Om de mate van participatie te voorspellen kan het beste naar de ernst van symptomen (beoordeeld door de hulpverlener) worden gekeken. Het bevorderen van deze factoren tijdens de begeleiding van de cliënt wordt aanbevolen. Vervolgonderzoek is nodig om te onderzoeken welke begeleiding hier het beste voor kan worden ingezet. Met deze bevindingen draagt het huidige onderzoek bij aan het realiseren van meer participatie bij mensen met EPA.

Literatuurlijst

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Aspinwall, L. G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. In A. Tesser & N. Schwarz (Red.), *The Blackwell handbook of social psychology, volume 1. Intrapersonal processes* (pp. 159-614). Malden: Blackwell publishing.
- Barlow, J. H., Ellard, D. R., Hainsworth, J. M., Jones, F. R., & Fisher, A. (2005). A review of self management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 272-285.
- Becker, D. R., Whitney, R., Bailey, E., & Drake, R. E. (2007). Long-term employment trajectories Among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Services*, 58(7), 922-928.
- Bell, M. D., Lysaker, P. H., & Milstein, R. M. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 51-67.
- Bennett, D. (1970). The value of work in psychiatric rehabilitation. *Social Psychiatry*, 5(4), 224-230.
- Biegel, D. E., Stevenson, L. D., Beimers, D., Ronis, R. J., & Boyle, P. (2009). Predictors of competitive employment among consumers with co-occurring mental and substance use disorders. *Research on Social Work Practice*, 20, 191-201.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853– 859.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N. L., Lehman, A. F., Bell, M. D., & Blyler, C. R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313-322.
- Burke-Miller, J. K., Cook, J. A., Grey, D. D., Razzano, L. A., Blyler, C. R., Leff, H. S. et al. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal*, 42(2), 143-159.
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., ... & Burns, T. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 224-231.
- Cook, J. A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 87.
- Corrigan, P. W., Salver, M., Ralph, R. O., Songster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience or rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Dingemans, P. M. A. J., Linszen, D. H., Lenior, M. E., & Smeets, R. M. W. (1995). Component structure of the expanded brief psychiatric rating scale (BPRS-E). *Psychopharmacology*, 122(3), 263-267.
- Drake, R. E., Bond, G. R., & Becker, D. R. (2012). *Individual placement and support: an evidence-based approach to supported employment*. Oxford: University Press.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. E. (1996). The New Hampshire

- study of supported employment for people with severe mental illness: vocational outcomes. *Journal Consult Clinical Psychology*, 64(2), 391-399.
- Engbersen, G., Vrooman, J. C., & Snel, E. (1999). *Armoede en verzorgingsstaat: Vierde Jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*. Amsterdam: University Press.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Gardner, D. G., & Pierce, J. L. (1998). Self-esteem and zelf-effectiviteit within the organizational context. *Group and Organization Management*, 23(1), 48-70.
- Hammink, A., Altenburg, M., & Schrijvers, C. (2012). *De sociale gevolgen van verslaving. Een state of the art studie naar verstoring van sociale relaties, schooluitval, dakloosheid, schulden en huiselijk geweld als gevolg van alcohol-of drugsverslaving*. Rapportage Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO). Rotterdam: IVO.
- Hoffmann, H., Kupper, Z., & Kunz, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia – an exploratory study. *Schizophrenia Research*, 43(2), 147–158.
- Jacobson, N., & Greenely, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- Kern, R. S., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Mintz, J., & Green, M. F. (2002). Applications of errorless learning for improving work performance in persons with schizophrenia. *American Journal Psychiatry*, 129, 1921-1926.
- Kouzis, A. C., & Eaton, W. W. (2000). Psychopathology and the initiation of disability payments. *Psychiatric Services*, 51(7), 908-913.
- Kroon, H., & Pijl, Y. J. (2008). *Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ: Trends in de periode 1995-2004, op basis van psychiatrische casusregisters*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Leganger, A., Kraft, P., & Røysamb, E. (2000). Perceived zelf-effectiviteit in health behavior research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and Health*, 15(1), 51–69.
- Lehman, A. (1995). *Vocational rehabilitation in schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 645-656.
- Lehman, A., & Steinwachs, D. (1998). Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) survey. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 11-20.
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45(1), 79-122.
- Linszen, D. H., Dingemans, P. M. A. J., Scholte, W. F., Lenior, M. E., van der Does, A. J. W., & Nugter, M. A. (1994). Expressed emotion (EE) en patiëntgebonden kenmerken als risicofactoren voor psychoserecidief bij schizofrene stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36(1), 7-19.
- Lysaker, P., Bell, M., Milistein, R., Bryson, G., Shestopal, A., & Goulet, J. (1993). Work capacity in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 278-280.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349.
- Michon, H. W., Weeghel, J. van, Kroon, H., & Schene, A. H. (2005). Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 408-416.
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental

- health: conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 477-483.
- Mueser, K. T., Curran, P. J., & McHugo, G. J. (1997). Factor structure of the Brief Psychiatric Rating Scale in schizophrenia. *Psychological Assessment*, 9(3), 196-204.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The illness management and recovery program: Rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 32-43.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281-296.
- Mukolo, A., Heflinger, C., & Baxter, J. (2011). Recovery and self-esteem: Concurrent validity of the Recovery Assessment Scale. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 15(2), 41-68.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent Developments in Ascertainment and Scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 97-99.
- Plant Research International Wageningen (2011). *Effecten van zorgboerderijen en andere dagbestedingsprojecten voor mensen met een psychiatrische en verslavingsachtergrond*. (Rapport nr. 376). Gevonden op 20-04-2015: <http://library.wur.nl.proxy.library.uu.nl/WebQuery/edepot/167479>
- Polak, P., & Warner, R. (1996). The economic life of seriously mentally ill people in the community. *Psychiatric Services*, 47, 270-274.
- Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S., & Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132.
- Reker, T., & Eikelmann, B. (1998). Krankheits- und Rehabilitationsverläufe schizophrener Patienten in ambulanter Arbeitstherapie: eine prospektive Studie über 3 Jahre. *Nervenarzt*, 69, 210-218.
- Rogers, E. S., Sciarappa, K., & MacDonald-Wilson, K. (1995). A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 18, 105-115.
- Sanches, S.A., Swildens, W. E., Busschbach, J.T. van, Stant, A.D., Feenstra, T., & Weeghel, J. van. (in press). Cost effectiveness and budgetary impact of Boston Psychiatric Rehabilitation for societal participation in patients with severe mental illness: a randomised controlled trial protocol. *Biological Medical Central Psychiatry*.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Zelf-effectiviteit Scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Red.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor: National Fund of Educational Research.
- Silver, T. (2004). Coping with dual challenges as providers with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 165-171.
- Swildens, W. E. (1995). *Zorg voor werk en dagbesteding: een onderzoek naar een regionale aanpak voor mensen met een psychiatrische achtergrond* (Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen). Gevonden op 11-06-2015, op: <https://www.rug.nl/research/portal/files/10551292/swildens.PDF>.
- Swildens, W., van Busschbach, J. T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M. W., Wiersma, D., & van Os, J. (2011). Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach. *Canadian journal of psychiatry*, 56(12), 751-760.
- Trimbos-instituut. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen*. Gevonden op 11-05-2015, op

file:///C:/Users/Cindy/Downloads/Richtlijn%20werk%20en%20ernstige%20psychische%20aandoeningen%20(2013).pdf.pdf.

- Tsang, H.W.H., Leung, A.Y., Chung, R.C.K., Bell, M., & Cheung, W. (2010). Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44,(6), 495-504.
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., Liberman, R. P., Green, M. F., & Shaner, A. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Expanded version (4.0). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 227-243.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2009). *Meetlat van participatie* [Brochure]. Gevonden op 21-05-2015 op http://issuu.com/movement1537/docs/p-ladder_brochure_lowres.
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58(4), 469-474.
- Wel, T. F. van, Felling, A. J. A., & Persoon, J. M. G. (2002). De invloed van rehabilitatie op het activiteiten-en participatieniveau van chronisch psychiatrische patiënten: een effectonderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44(9), 589-598.
- Wel, T. van, Felling, A., & Persoon, J. (2003). The effect of psychiatric rehabilitation on the activity and participation level of clients with long-term psychiatric disabilities. *Community Mental Health Journal*, 39(6), 535-546.
- Wood, R., & Bandura, A. (1989). Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(3), 407-415.