

Masteronderzoek

“Zorgbehoefte als mogelijke voorspeller van kwaliteit van leven bij schizofrenie en aanverwante psychotische stoornissen”

Auteur:	Marleen Snel
Opleiding:	Klinische psychologie
Onderwijsinstelling:	Universiteit van Utrecht Sociale Wetenschappen
Begeleider vanuit de Universiteit:	Mevr. Dr. E. R. Bossema
Begeleider vanuit Altrecht:	Mevr. Dr. W.E. Swildens
Verslagdatum:	september 2008
Aantal punten:	20 ECTS

Samenvatting

Inleiding: Onvervulde zorgbehoeften kunnen een grote invloed hebben op de ervaren kwaliteit van leven. In dit onderzoek wordt nagegaan in hoeverre onvervulde zorgbehoefte invloed heeft op de kwaliteit van leven van cliënten met schizofrenie of aanverwante psychotische stoornissen, zowel in het algemeen als op de specifieke gebieden wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties.

Methode: In totaal namen 44 cliënten (52% man, 48% vrouw) deel aan het onderzoek. Zorgbehoefte is gemeten met de Camberwell Assessment of Need (CANSAS) en kwaliteit van leven is gemeten met de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA).

Resultaten: Uit de correlatieanalyse blijkt dat hoe groter de algemene onvervulde zorgbehoefte, hoe lager de algemene ervaren kwaliteit van leven is. De multipele regressieanalyse toont aan dat de algemene kwaliteit van leven het beste werd voorspeld door de onvervulde zorgbehoefte op het gebied dagbesteding, maar niet door de onvervulde zorgbehoefte op de drie overige gebieden. Tenslotte bleek dat cliënten met een onvervulde zorgbehoefte op het gebied van sociale relaties een significant lagere kwaliteit van leven op dit gebied rapporteerden dan de cliënten met geen of een vervulde zorgbehoefte op dit gebied. Dit gold niet voor de drie overige gebieden.

Conclusie: Onvervulde zorgbehoefte lijkt van invloed te zijn op de kwaliteit van leven van mensen met schizofrenie of aanverwante psychotische stoornissen, met name een onvervulde zorgbehoefte op het gebied van dagbesteding en sociale relaties. Nagegaan moet worden hoe deze mensen een zinvolle en sociale dagbesteding kunnen hebben en of dit de kwaliteit van leven positief zal beïnvloeden.

1. Inleiding

In Nederland wordt het verzamelen van informatie over de resultaten van de Geestelijke Gezondheidszorg steeds belangrijker geacht. In de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw werd er vanuit de overheid specifiek aandacht besteed aan nieuwe en effectieve behandelprogramma's voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Er werd vooral gedoeld op participatie in de samenleving, waarbij psychiatrische patiënten een zo normaal en volwaardig mogelijk leven als burger dienden te hebben. Er is tevens op grote schaal onderzoek gedaan naar mensen die langdurig of blijvend integrale zorg nodig hebben bij psychiatrische- en maatschappelijke problemen. Elk jaar wordt informatie verzameld over de behoefte aan zorg en de kwaliteit van leven. Zo kan het zorgaanbod zich beter aanpassen aan de actuele behoeften van individuele patiënten (De Beurs, 2006, in Berg, Turpijn & Swildens, 2007; Delespaul e.a., 2006, in Berg e.a., 2007).

Dit onderzoek richt zich op mensen met schizofrenie en aanverwante psychotische stoornissen. Volgens de criteria van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) is schizofrenie een ziekte waarbij minimaal twee symptomen gedurende één maand in een belangrijk deel van de tijd aanwezig zijn. Dit kunnen wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, ernstig chaotisch of katatoon gedrag of negatieve symptomen (zoals vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie) zijn. De symptomen moeten leiden tot sociaal en/of beroepsmatig disfunctioneren en zijn minimaal zes maanden ononderbroken aanwezig, waarbij de stoornis geen gevolg is van directe fysiologische effecten van een middel of somatische aandoening (Koster van Groos, 2002). Er kan ook sprake zijn van een subtype van schizofrenie, waarbij de bovenstaande symptomen deels uitblijven, overheersen of gepreoccupeerd zijn met een bepaald thema. Soms gaan symptomen samen met een andere stoornis of is de duur van de symptomen verschillend.

Er zijn meerdere factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van schizofrenie. Uit Halgin (2005) blijkt dat genetische factoren de ziekte schizofrenie kunnen voorspellen. Zo zouden bepaalde delen van de hersenen bij mensen met schizofrenie niet goed functioneren. Naast de genen zouden ook zwangerschapscomplicaties een rol kunnen spelen. Tevens kan een extreem emotioneel trauma invloed hebben bij het tot stand komen van psychotische klachten (Halgin, 2005).

Schizofrenie is volgens Swildens (1995) een psychiatrische diagnose dat met een chronisch beloop wordt geassocieerd. Chroniciteit wordt steeds meer gezien als een proces

van complexe interacties tussen het individu, de ziekte of stoornis en de sociale omgeving. Wing (1989, in Swildens, 1995) legt de aandacht op de wisselwerking tussen persoonlijke eigenschappen en kwetsbaarheden, sociale en maatschappelijke omstandigheden en de reacties op de stoornis van de cliënt zelf en diens omgeving. Uit meer specifiek onderzoek blijkt, dat de problemen bij mensen met schizofrenie toenemen als er sprake is van een veeleisende en kritische omgeving (Swildens, 1995). Tevens blijkt uit onderzoek dat mensen die aan een mentale ziekte lijden zoals schizofrenie een relatief lage kwaliteit van leven hebben (Van de Willige, Wiersma, Nienhuis & Jenner, 2005).

Kwaliteit van leven is een complex begrip en kent verschillende definities. Abrams (1973) definieert kwaliteit van leven als de mate van tevredenheid of ontevredenheid met het leven. Theunissen (2006) heeft een andere definitie van kwaliteit van leven. Hij stelt dat kwaliteit van leven betrekking heeft op het welbevinden van mensen, op het plezier en geluk in iemands leven en op het realiseren van eigen wensen en voorkeuren. Het blijkt zinvol om onderscheid te maken tussen globale elementen en domeinspecifieke elementen van kwaliteit van leven (Lehman, 1983). Globale elementen doelen op het leven als geheel, terwijl domeinspecifieke elementen zich richten op specifieke levensgebieden, zoals wonen, werk/dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties. Deze specifieke levensgebieden komen ook terug in onderzoek van Beenackers en Swildens (2001; in Van de Beek & Van Zuthem, 2002).

Het blijkt dat het realiseren van eigen wensen en voorkeuren (met andere woorden: het vervullen van behoeften) invloed heeft op de kwaliteit van leven (Theunissen, 2006). Ook de UK700 groep (1999) stelt dat de sterkste voorspellers van kwaliteit van leven onvervulde zorgbehoeften zijn. De algemene zorgbehoefte omvat verschillende specifieke zorgbehoeften. Veelgenoemde specifieke zorgbehoeften in de literatuur zijn: wonen, werk/dagbesteding, (psychische) gezondheid en sociale relaties (Ciompi, 1986, in Swildens, 1995; UK700 groep, 1999; Beenackers & Swildens, 2001, in Van de Beek & Van Zuthem, 2002). Deze gebieden waarop een specifieke zorgbehoefte kan bestaan, worden hieronder verder uitgewerkt.

Wat betreft *wonen* zijn er sinds het eind van de jaren zeventig grote ontwikkelingen in Nederland geweest. Er zijn veel beschermende woonvormen van de grond gekomen, die een goedkoop alternatief zouden zijn voor dure klinische voorzieningen voor langdurig verblijvende patiënten in inrichtingen. Ook zouden deze woonvormen tot genormaliseerd wonen en maatschappelijke integratie leiden (Wilken, Kaiser & Den Hollander, 1994). Veel bewoners van deze woonvormen gaan qua functioneren vooruit of blijven stabiel. Een verklaring hiervoor is dat de omgeving als het ware uitnodigt tot ‘normaal’ functioneren en

dat het chaotische karakter van een opname of behandelafdeling belemmerend werkt (Wilken e.a., 1994). Uit een onderzoek van Kwekkeboom, Boer, Campen en Dorrestein (2006) blijkt dat de woonsituatie van grote invloed is op het oordeel over het huidige leven. Volgens de UK700 groep (1999) is een onvervulde behoefte op woongebied een voorspeller van een slechtere kwaliteit van leven.

Pas sinds het begin van de jaren negentig werd *dagbesteding* een serieus onderwerp binnen de Geestelijke Gezondheidszorg. De arbeidsintegratie van (ex-)psychiatrische patiënten krijgt sindsdien meer aandacht (Van Weeghel, 1995). Mensen met psychische problemen kunnen meedoen in de samenleving als zij iets zinvol om handen hebben, zoals een betaalde baan, vrijwilligerswerk of andere bezigheden buitenshuis. Dit geeft de burgers een gevoel van eigenwaarde en brengt hen met andere burgers in contact (Wiersma, 1992, in Van Weeghel, 1995; Ministerie van WVC, 1993, in Van Weeghel, 1995). Uit onderzoek blijkt dat er een relatie bestaat tussen werk en gezondheid. Werklozen zouden meer psychische, lichamelijke en sociale klachten ontwikkelen dan werkenden en deze verschillen zijn deels te verklaren als gevolg van de werkloosheid (Swildens, 1995). Tevens blijkt dat psychiatrische cliënten die naar dagactiviteitencentra gaan, een hoger niveau van welbevinden hebben. Bij deze groep cliënten is eveneens gebleken dat werk bijdraagt aan een beter functioneren en dat het een bescherming kan vormen tegen het recidiveren van psychische problemen. Bij mensen met schizofrenie namen de negatieve symptomen af op het moment dat zij werkten. De introductie van arbeidstherapie bleek zelfs van grotere invloed op de symptomen dan de medicatie (Swildens, 1995). Niettemin blijkt ook dat vooral mensen met schizofrenie en verwante psychotische stoornissen veel problemen ervaren bij het vinden en behouden van werk of een zinvolle dagbesteding (Swildens, 1995). Tevens bleek dat werken ook een stressor zou kunnen zijn (Van Wel, 2002).

Gezondheid wordt gedefinieerd als 'een staat van fysiek, mentaal en sociaal welbevinden' (World Health Organisation, 1948, in Taylor, 2003). In dit onderzoek zal de nadruk liggen op mentaal welbevinden oftewel psychische gezondheid omdat de doelgroep van dit onderzoek personen zijn met schizofrenie of aanverwante psychotische stoornissen. Zij hebben positieve symptomen zoals vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie. Uit de literatuur blijkt dat een vermindering van positieve psychotische symptomen (bij een persoon met schizofrenie of aanverwante stoornissen) de kwaliteit van leven vergroot. (De afwezigheid van) positieve psychotische symptomen blijken een voorspeller van kwaliteit van leven te zijn (UK700 groep, 1999).

Sociale relaties kunnen in vier basisbehoeften voorzien (Baars & Uffing, 1991). Sociale relaties zorgen bijvoorbeeld voor de affectieve behoefte aan aandacht en waardering. Ook voorzien sociale relaties in de behoefte om erbij te horen en op anderen te kunnen rekenen. Verder bieden sociale relaties praktische en materiële steun en voorziet het in de behoefte aan sociale zekerheid. Sociale relaties kunnen op twee manieren een positieve uitwerking hebben op de (psychische) gezondheid (Swildens, 1995) en dus op de kwaliteit van leven. Ten eerste is er sprake van een directe gezondheidsbevorderende werking: mensen die geïntegreerd zijn in een sociaal netwerk, lopen minder risico op psychische en lichamelijke ongezondheid dan mensen die geen sociale relaties onderhouden. Ten tweede is er sprake van een indirecte werking: sociale relaties kunnen dan een bescherming bieden om problemen beter het hoofd te kunnen bieden. Volgens Van Busschbach en Wiersma (1999) wordt de kwaliteit van leven beïnvloed door sociale factoren. Deze relatie is positief (Van Busschbach & Wiersma, 1999). Verder stelt de UK700 groep (1999) dat onvervulde sociale behoeften bij personen met schizofrenie of aanverwante psychotische stoornissen een voorspeller van kwaliteit van leven zijn. De sociale relaties van mensen met langdurige psychische problemen zijn meestal minder omvangrijk dan de sociale relaties van gezonde mensen. Het ontbreken van sociale relaties wordt in het algemeen als problematisch beschouwd en verklaard vanuit verschillende factoren, zoals maatschappelijke uitstotingsprocessen, stigmatisering en problemen in het functioneren bij cliënten (Swildens, 1995). Een sociaal netwerk draagt echter niet per definitie bij tot gezondheid, maar kan ook stress oproepen of negatieve neveneffecten teweegbrengen, zoals het gevoel van afhankelijkheid. Sociale relaties met een hoog niveau van betrokkenheid en kritiek worden beoordeeld als bronnen van stress. Swildens (1995) geeft aan dat relaties die voor de één ondersteunend zijn, voor een ander niet als zodanig beschouwd hoeven worden. Blijkbaar kunnen sociale relaties zowel een positieve als negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven.

De woonsituatie, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties kunnen dus zowel een positieve als negatieve invloed hebben op mensen met schizofrenie of aanverwante psychotische stoornissen. Maar nu resteert de vraag in hoeverre ónvervulde zorgbehoefte samenhangt met ervaren kwaliteit van leven. Het doel van dit onderzoek is aldus nagaan in hoeverre onvervulde zorgbehoefte invloed heeft op de kwaliteit van leven. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: *“Is er samenhang tussen onvervulde zorgbehoefte(n) enerzijds en de kwaliteit van leven anderzijds bij mensen met schizofrenie en aanverwante psychotische stoornissen?”*. Dit zal worden nagegaan voor de onvervulde

zorgbehoefte en kwaliteit van leven in het algemeen alsook op een van de vier gebieden: wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties.

Op basis van de literatuur wordt het volgende verwacht: (1) Bij onvervulde zorgbehoefte zal de ervaren kwaliteit van leven afnemen; (2) Bij onvervulde zorgbehoeften op de gebieden 'wonen', 'dagbesteding', 'psychische gezondheid' en 'sociale relaties' zal de ervaren kwaliteit van leven afnemen; (3) Bij onvervulde zorgbehoeften op de gebieden 'wonen', 'dagbesteding', 'psychische gezondheid' en 'sociale relaties' zal de ervaren kwaliteit van leven op deze specifieke gebieden afnemen.

2. Methode

Onderzoeksgroep

Cliënten van de geestelijke gezondheidsinstelling Altrecht (locatie: Willem Arntsz) te Utrecht hebben meegedaan aan dit onderzoek. Deze cliënten zijn door de onderzoekers geworven door met hen een afspraak te maken als zij op gesprek kwamen bij een hulpverlener. De cliënten hadden de mogelijkheid om medewerking aan dit onderzoek te weigeren. Alleen de cliënten bij wie de onderzoeker achteraf aangaf dat de cliënt naar schatting betrouwbare antwoorden heeft gegeven zijn meegenomen in dit onderzoek. Dit betrof in totaal 44 cliënten, waarvan 23 mannen (52%) en 21 vrouwen (48%). Hun leeftijd varieerde van 26 tot 61 jaar (gemiddelde: 44.7, standaarddeviatie: 9.4). Tabel 1 geeft verdere achtergrondgegevens van de cliënten weer.

Procedure

De data zijn verzameld in het kader van de GGZ-Zorgmonitor. Voor dit programma worden jaarlijks gegevens verzameld bij mensen die langdurig of blijvend integrale zorg nodig hebben vanwege psychiatrische- en maatschappelijke problemen. De informatie betreft onder meer de behoefte aan zorg en de kwaliteit van leven. Met de opzet van de zorgmonitor kan een bijdrage worden geleverd aan verschillende doelen zoals een betere aanpassing van het zorgaanbod aan de actuele behoeften van individuele patiënten en de creatie van nieuwe en effectieve behandelprogramma's voor mensen met een psychiatrische achtergrond (De Beurs, 2006, in Berg e.a., 2007; Delespaul e.a., 2006, in Berg e.a., 2007). Dit onderzoek beperkt zich tot mensen met schizofrenie en aanverwante psychotische stoornissen.

De data die specifiek gebruikt zijn voor dit onderzoek, zijn verzameld door middel van twee vragenlijsten (de CANSAS en de MANSA) die mondeling door de onderzoeker bij de cliënt zijn afgenomen. Tevens zijn er data verzameld door middel van een betrouwbaarheidsitem uit het cliëntinterview. Dit item is schriftelijk door de onderzoeker ingevuld. De mondelinge afname door de onderzoeker bij de cliënt omtrent de ervaren kwaliteit van leven (door middel van de MANSA) en zorgbehoefte (door middel van de CANSAS) duurden gezamenlijk ongeveer 30 tot 45 minuten. De schriftelijke afname omtrent de betrouwbaarheid van de rapportage van de cliënt (door middel van het betrouwbaarheidsitem uit het cliëntinterview) duurde enkele minuten.

Tabel 1: Achtergrondgegevens van de onderzoeksgroep

Variabele	Aantal (%)
<i>Hoogst afgeronde opleiding</i>	
Geen	1 (2)
Basisonderwijs	3 (6)
LBO of VBO	4 (10)
MAVO, VMBO, (M)ULO of 3-jarig HBS	8 (18)
HAVO of MMS	3 (6)
MBO	9 (21)
HBS, athenaeum of gymnasium	3 (6)
HBO	4 (10)
WO	9 (21)
<i>Culturele achtergrond</i>	
Nederlands	35 (80)
Marokkaans	1 (2)
Surinaams	5 (11)
Nederlands Antilliaans	1 (2)
Anders	2 (5)
<i>Vaste partner</i>	
Ja	13 (30)
Nee	31 (70)
<i>Hoofddiagnose</i>	
Schizofrenie	25 (57)
Andere psychotische stoornis	11 (25)
Dysthyme stoornis	2 (5)
Persoonlijkheidsstoornis	2 (5)
Aan middelengebruik gebonden stoornis	1 (2)
Anders	3 (6)

Instrumenten

CANSAS

De Camberwell Assessment of Need –CANSAS- (Phelan, Slade, Dunn, Holloway, Strathdee, Thornicroft & Wykes, 1995) is een schriftelijke vragenlijst die de zorgbehoefte meet. Deze zorgbehoefte is vanuit het perspectief van de cliënt. De vragenlijst bevat 22 items die door de onderzoeker mondeling bij de cliënt zijn afgenomen. De cliënt dient bij elke item aan te geven of de zorgbehoefte op dat gebied wordt vervuld (Bijlage I). Een voorbeelditem is: *zelfverzorging*. Vervolgens kan de cliënt uit drie antwoordmogelijkheden kiezen, namelijk

geen behoefte, *vervulde behoefte* en *onvervulde behoefte*. Dit geeft respectievelijk een ruwe score van 0, 1 of 2 per item. Aldus kan er een totaalscore behaald worden van minimaal 0 tot maximaal 44. Indien de cliënt het moeilijk vindt om een antwoord te kiezen, verduidelijkt de onderzoeker het betreffende item aan de hand van bepaalde probleemomschrijvingen (zorgbehoeftenomschrijvingen) en voorbeelden (zie Bijlage I). Als de cliënt geen antwoord weet, is er de mogelijkheid om te antwoorden met *onbekend*. Deze cliëntgegevens zijn buiten de analyses gelaten.

Naast een totaalscore van zorgbehoefte, worden ook de scores op enkele gebieden van zorgbehoefte nader bekeken, namelijk op de gebieden wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties. Ieder gebied bevat één item. Het item bij zorgbehoefte wat betreft wonen is: *huisvesting*. Het item bij zorgbehoefte op dagbesteding is: *activiteiten overdag*. Het item bij zorgbehoefte wat betreft psychische gezondheid is: *psychisch welbevinden*. Het item bij zorgbehoefte wat betreft sociale relaties is: *gezelschap*. Wederom zijn de antwoordmogelijkheden: *geen behoefte*, *vervulde behoefte* en *onvervulde behoefte*. Dit geeft respectievelijk een ruwe score van 0, 1 of 2 per item. Er kan per gebied dus een score behaald worden van minimaal 0 tot maximaal 2.

In het huidige onderzoek heeft de totaalscore van de CANSAS met een Cronbach's alpha van .71 een goede interne consistentie (Cohen, 1977).

MANSA

De Manchester Short Assessment of Quality of Life –MANSA- (Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999) is een schriftelijke vragenlijst die de tevredenheid op verschillende levensdomeinen van cliënten meet. Met andere woorden: de MANSA meet de subjectief ervaren kwaliteit van leven. Deze ervaren kwaliteit van leven is dus vanuit het perspectief van de cliënt. De vragenlijst bevat 12 items die door de onderzoeker mondeling bij de cliënt zijn afgenomen (Bijlage II). De cliënt dient bij elk item aan te geven in hoeverre hij of zij tevreden is op dat subgebied. Een voorbeeldstelling is: *Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?*. Vervolgens kan de cliënt uit zes antwoordmogelijkheden kiezen, namelijk *zeer ontevreden*, *ontevreden*, *enigszins ontevreden*, *neutraal*, *enigszins tevreden*, *tevreden* en *zeer tevreden*. Deze mogelijkheden geven een ruwe score van respectievelijk 0, 1, 2, 3, 4, 5 of 6 per item. Er kan een totaalscore behaald worden van minimaal 0 tot maximaal 72.

Naast een totaalscore van ervaren kwaliteit van leven, worden ook de scores op enkele gebieden van ervaren kwaliteit van leven bekeken, namelijk op de gebieden wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties. Ieder gebied bevat één item. Het

item bij wonen is: *Hoe tevreden bent u met uw woning?* Het item bij dagbesteding is: *Hoe tevreden bent u met uw dagbesteding?* Het item dat bij psychisch gezondheid hoort is: *Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?* Het item bij sociale relaties is: *Hoe tevreden bent u met uw sociale relaties?* Wederom zijn de antwoordmogelijkheden: *zeer ontevreden, ontevreden, enigszins ontevreden, neutraal, enigszins tevreden, tevreden* en *zeer tevreden*. Dit geeft respectievelijk een ruwe score van 0, 1, 2, 3, 4, 5 of 6 per item. Er kan per subgebied een score behaald worden van minimaal 0 tot maximaal 6.

Ook de totaalscore van de MANSA heeft met een Cronbach's alpha van .82 een goede interne consistentie (Cohen, 1977).

Cliëntinterview

Het cliëntinterview bestaat uit sociodemografische gegevens van de cliënt en een betrouwbaarheidsmeting. De onderzoeker vult aan het einde van het cliëntinterview het betrouwbaarheidsitem in. Het item is: *Hoe oordeelt u over de betrouwbaarheid ofwel de kwaliteit van de antwoorden die de geïnterviewde gaf?* De onderzoeker moet uit vier antwoordmogelijkheden kiezen, namelijk 0, 1, 2, of 3. De 0 staat voor *geïnterviewde gaf heel betrouwbare antwoorden* en de 4 staat voor *geïnterviewde gaf erg onbetrouwbare antwoorden*. Enkel de cliëntgegevens met een betrouwbaarheidsscore van 0 zijn binnen dit onderzoek opgenomen.

Data-analyse

Om na te gaan of er een samenhang bestaat tussen onvervulde zorgbehoefte en kwaliteit van leven is Pearson's productmoment-correlatie berekend tussen de totaalscore van de CANSAS en de totaalscore van de MANSA.

Om te onderzoeken welke specifieke onvervulde zorgbehoefte het beste de algemene kwaliteit van leven voorspelt, is gebruik gemaakt van een enkelvoudige en multi-pele lineaire regressieanalyse. De scores op de vier verschillende gebieden van de CANSAS (wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties) zijn hiervoor gedichotomiseerd, namelijk met onvervulde zorgbehoefte versus geen of een vervulde zorgbehoefte. De gedichotomiseerde score op de specifieke gebieden van de CANSAS werden ingevoerd als onafhankelijke variabele(n) en de totaalscore van de MANSA als afhankelijke variabele.

Om te onderzoeken of er een verschil is tussen de groep met een onvervulde zorgbehoefte en de groep met een vervulde of zonder zorgbehoefte op het overeenkomstige kwaliteit van leven item is eveneens gebruik gemaakt van enkelvoudige regressieanalyse.

Hierbij werd de gedichotomiseerde zorgbehoefte op de gebieden wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties ingevoerd als onafhankelijke variabele en de ervaren kwaliteit van leven op de overeenkomstige gebieden als afhankelijke variabele.

3. Resultaten

Samenhang tussen algemene onvervulde zorgbehoefte en algemene kwaliteit van leven

Uit de correlatieanalyse bleek dat de algemene onvervulde zorgbehoefte significant negatief samenhangt met de algemene kwaliteit van leven ($r=-.62$, $p\leq.001$). Dit betekent dat hoe groter de algemene onvervulde zorgbehoefte bij cliënten is, hoe minder de algemene ervaren kwaliteit van leven is.

Samenhang tussen specifieke onvervulde zorgbehoefte en algemene kwaliteit van leven

In Tabel 2 staat het aantal cliënten met een onvervulde zorgbehoefte op de gebieden wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties. Uit de enkelvoudige lineaire regressieanalyses blijkt dat cliënten met een onvervulde zorgbehoefte op het gebied dagbesteding en sociale relaties respectievelijk een significant en een marginaal significant lagere algemene kwaliteit van leven hebben dan cliënten met geen of een vervulde zorgbehoefte op deze gebieden ($t=-3.10$, $p=.003$ respectievelijk $t=-1.92$, $p=.06$). Er waren geen verschillen in de algemene kwaliteit van leven tussen cliënten met en zonder onvervulde zorgbehoefte op de gebieden wonen ($t=0.18$, $p=.86$) en psychische gezondheid ($t=-1.63$, $p=.11$). De multipale regressieanalyse toont aan dat de algemene kwaliteit van leven het beste wordt voorspeld door de onvervulde zorgbehoefte op het gebied dagbesteding ($t=-2.28$, $p=.03$), maar niet door de onvervulde zorgbehoefte op de overige drie gebieden (Tabel 3). Het percentage variantie van de variabele algemene kwaliteit van leven dat door de onvervulde zorgbehoeften op de vier gebieden wordt verklaard, bedraagt 21% ($p=.05$).

Tabel 2: Aantal cliënten (%) dat onvervulde of geen of vervulde zorgbehoefte heeft op de specifieke gebieden wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties.

	Onvervulde zorgbehoefte (%)	Geen of vervulde zorgbehoefte (%)
Wonen	1 (2%)	43 (98%)
Dagbesteding	2 (5%)	42 (95%)
Psychische gezondheid	5 (11%)	39 (89%)
Sociale relaties	8 (18%)	36 (82%)

Tabel 3: Resultaten van de multi-pele regressieanalyse met zorgbehoefte op de gebieden wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties als onafhankelijke variabelen en algemene kwaliteit van leven als afhankelijke variabele.

	B	SE	Beta	T	p
Wonen	0.34	11.32	.004	0.03	.98
Dagbesteding	-20.92	9.16	-.37	-2.28	.03
Psychische gezondheid	-4.47	5.79	-.12	-0.77	.44
Sociale relaties	-2.0	5.18	-.07	-0.39	.70

Samenhang tussen specifieke onvervulde zorgbehoefte en specifieke kwaliteit van leven

In Tabel 4 staan de gemiddelde kwaliteit van leven scores voor de gebieden wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties. Met een enkelvoudige regressieanalyse is nagegaan of de onvervulde zorgbehoefte op een van de specifieke gebieden samenhang met de kwaliteit van leven op dat specifieke gebied. Cliënten met een onvervulde zorgbehoefte op het gebied sociale relaties rapporteerden een significant lagere kwaliteit van leven op dit gebied dan cliënten met geen of een vervulde zorgbehoefte op dit gebied ($t=-3.21$, $p=.003$). Dit gold niet voor de gebieden wonen ($t=.17$, $p=.87$), dagbesteding ($t=-1.46$, $p=.15$) en psychische gezondheid ($t=-.73$, $p=.47$).

Tabel 4: Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de kwaliteit van leven gebieden wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties.

	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Wonen	4.75	1.47
Dagbesteding	4.16	1.67
Psychische gezondheid	3.20	1.95
Sociale relaties	3.84	1.71

4. Conclusie en discussie

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan in hoeverre onvervulde zorgbehoefte invloed heeft op de kwaliteit van leven van cliënten met schizofrenie en aanverwante psychotische stoornissen. Hiernaar is nog maar beperkt onderzoek naar gedaan. In de eerste plaats is een negatieve samenhang tussen de algemene onvervulde zorgbehoefte en de algemene kwaliteit van leven gevonden. Het is echter niet duidelijk of er een derde variabele bij deze samenhang betrokken is en ook niet wat de causaliteit is.

Tevens is in de multipele regressie-analyse naar voren gekomen dat de algemene kwaliteit van het leven het beste wordt voorspeld door de onvervulde zorgbehoefte op het gebied dagbesteding, maar niet door de onvervulde zorgbehoefte in wonen en psychische gezondheid. In de univariate regressie-analyse bleek tevens een onvervulde zorgbehoefte in sociale relaties een voorspeller voor een slechtere kwaliteit van leven, maar niet meer in de multivariate regressie-analyse. Blijkbaar is een onvervulde zorgbehoefte in dagbesteding een belangrijkere voorspeller die mogelijk de voorspellende waarde van een onvervulde zorgbehoefte in sociale relaties opheft.

Dat een onvervulde zorgbehoefte op het gebied van wonen geen voorspeller is van kwaliteit van leven is niet onverwacht als gewezen wordt op het gegeven dat slechts één cliënt een onvervulde zorgbehoefte op dit gebied aangaf. Indien meer cliënten een onvervulde zorgbehoefte hadden aangegeven, dan was mogelijk wel de relatie gevonden die in eerder onderzoek van Kwekkeboom e.a. (2006) en de UK700 groep (1999) naar voren kwam.

In de inleiding is ook aangegeven dat een vermindering van psychotische symptomen – en daarmee een verbetering van de psychische gezondheid – een voorspeller van kwaliteit van leven is (UK700 groep, 1999). Mogelijk dat de aanwezigheid van psychotische symptomen niet overeenkomt met de behoefte aan zorg op dit gebied. Dit kan de relatie tussen onvervulde zorgbehoefte op het gebied van de psychische gezondheid enerzijds en kwaliteit van leven anderzijds hebben verstoord.

Overeenkomstig de verwachting hangt een onvervulde zorgbehoefte op de gebieden dagbesteding en sociale relaties dus wel samen met een minder goede kwaliteit van leven. Het is van belang dat deze voorspellers van kwaliteit onderkend worden, zodat de zorg zich hierop kan aanpassen. Men zou hierbij kunnen denken aan het verbeteren van de dagindeling van cliënten door bijvoorbeeld een betaalde baan, vrijwilligerswerk en andere bezigheden buitenshuis (Van Weeghel, 1995; Swildens, 1995) en aan participatie in de samenleving (Van

Weeghel, 1995). Cliënten kunnen gestimuleerd worden deel te nemen aan bepaalde cursussen, werkplekken, sporten en dergelijke. Ook lijkt het verstandig om het aangaan of vasthouden van sociale relaties te stimuleren. Deze twee gebieden, dagbesteding en sociale relaties, kunnen ook tegelijkertijd gestimuleerd worden. Op werkplekken en dergelijke plaatsen ontmoet je immers andere mensen.

Tot slot werd gevonden dat cliënten met een onvervulde zorgbehoefte op het gebied sociale relaties een lagere kwaliteit van leven op dit gebied hadden dan cliënten met geen of een vervulde zorgbehoefte op dit gebied. Dit gold niet voor de gebieden wonen, dagbesteding en psychische gezondheid. Dit betekent dat we de hypothese *Bij onvervulde (zorg)behoeften op de gebieden 'wonen', 'dagbesteding', 'psychische gezondheid' en 'sociaal', zal de ervaren kwaliteit van leven op deze specifieke gebieden afnemen* gedeeltelijk mogen aannemen, namelijk voor het gebied sociale relaties.

Men kan zich afvragen of de antwoorden die cliënten met schizofrenie of andere psychotische stoornissen op de vragen van de onderzoekers hebben gegeven betrouwbaar zijn (Atkinson et al., 1997). Een betrouwbaarheidsmeting werd direct na het interview gedaan. Enkel de cliënten bij wie de onderzoeker oordeelde dat deze heel betrouwbare antwoorden gaven zijn in dit onderzoek geïnccludeerd. Ten tweede zijn de onderzoekers allen getraind om een betrouwbaar en nauwkeurig interview bij de cliënten te verrichten. Uit een oefenmodel bleek dat de rapportage van de onderzoekers zeer veel overeenkomsten hadden. Dit maakt de resultaten van het onderzoek betrouwbaar.

Een ander zwak punt van dit onderzoek is dat de onderzoeksgroep erg klein is. Zo bevatten de groepen met een onvervulde zorgbehoefte op het gebied wonen (n=1), dagbesteding (n=2), psychische gezondheid (n=5) en op het gebied van sociale relaties (n=8) erg weinig cliënten. Het is mogelijk dat de onderzochte relaties bij een grotere onderzoeksgroep wel significant zijn.

Tot slot zijn zowel de zorgbehoefte als de kwaliteit voor de gebieden wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties alle met slechts één item gemeten. Dit maakt de betrouwbaarheid van de antwoorden gering. Indien de cliënt even zijn concentratie vermindert (en de onderzoeker merkt dit niet op), dan kunnen de scores op de subschalen een zeer vertekend beeld geven.

In de toekomst zou men onderzoek kunnen verrichten naar zorgbehoeften en kwaliteit van leven op specifieke gebieden (zoals wonen, dagbesteding, psychische gezondheid en sociale relaties), waarbij de schalen uit meer dan één item bestaan. Tevens dient de onderzoeksgroep uit een groter aantal cliënten bestaan, zodat de power van het onderzoek

wordt vergroot. Tenslotte zou kunnen worden nagegaan of de visie van de cliënt en hulpverlener met betrekking tot de zorgbehoefte en kwaliteit van leven overeenkomen danwel verschillen. In sommige gevallen zal de inschatting van de hulpverlener mogelijk betrouwbaarder zijn dan de inschatting van de cliënt.

Referenties

- Abrams, M.A. (1973). Subjective social indications. *Social trends*, 4, 35-56.
- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.) Washington: APA.
- Atkinson, M., Zibbin, S., & Chuang, H. (1997) Characterizing Quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 154, 99-105.
- Baars, H., & Uffing, H. (1991). Het wederopbouwen van sociale netwerken. In P. van Lieshout & J.W. van Zuthem (Red.), *Wonen als werk. Zorgverleners in beschermde woonvormen* (pp. 81-95). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Beek, H. van de & Zuthem, J.W. van (2002). *Thuis in de samenleving*. Utrecht: LEMMA B.V.
- Berg, H. van der, Turpijn, P. & Swildens, W. (2007). *Zorgmonitor Utrecht. Concept divisie Willem Arntsz*. Utrecht: Altrecht.
- Busschbach, J. van, & Wiersma, D. (1999). *Behoeftes, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie*. Groningen: Disciplinegroep Psychiatrie Rijksuniversiteit Groningen.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (revised edition). New York: Academic Press.
- Halgin, R.P. (2005). *Taking sides. Clashing views on controversial issues in abnormal psychology*. Dubuque: McGraw-Hill/Dushkin.
- Koster van Groos, G.A.S. (2002). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Kwekkeboom, M.H., Boer, A.H. de, Campen, C. van, & Dorrestein, A.E.G. (2006). *Een eigen huis...Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: SCP.
- Lehman, A.F. (1983). The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 6, 143-151.
- Phelan, M., Slade, M., Dunn, G., Holloway, F., Strathdee, G., Thornicroft, G. & Wykes, T. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.

- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & S. Evans (1999). Application and results of Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International journal of Social Psychiatry*, 45 (1), 7-12.
- Swildens, W.E. (1995). *Zorg voor werk en dagbesteding. Een onderzoek naar een regionale aanpak voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Groningen: Woltersgroep Groningen bv.
- Taylor, S.E. (2003). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Theunissen, J.R. (2006). *Zorgvernieuwing in de chronische psychiatrie: een vergelijkend onderzoek onder vier projecten voor langdurige zorgafhankelijke patiënten*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- UK700 groep. (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 175, 426-432.
- Weeghel, J. van (1995). *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. Utrecht: B.V. Uitgeverij SWP Utrecht.
- Wel, T.F. van (2002). *Rehabilitatie door het woonmilieu. Een longitudinaal onderzoek naar de relatie tussen de mate van normalisatie van het woonmilieu en de activiteiten en participatie van chronisch psychiatrische cliënten*. Den Dolder: Altrecht GGZ.
- Wilken, J., Kaiser, L. & Hollander, D. den (1994). *Wonen en rehabilitatie*. Utrecht: Uitgeverij SWP Utrecht.
- Willige, G. van de, Wiersma, D., Nienhuis, F.J. & Jenner, J.A. (2005). Changes in quality of life in chronic psychiatric patients; a comparison between EuroQol (EQ-5D) and WHOQoL. *Quality of Life Research*, 14, 441-451.

Bijlage I: Items uit de CANSAS (Camberwell Assessment of Need)

Zorgbehoeften: scoreformulier CANSAS	Behoeftescore: 0= geen behoefte 1= vervulde zorgbehoefte 2= onvervulde zorgbehoefte 9= onbekend
1. HUISVESTING	0 1 2 9
2. VOEDING	0 1 2 9
3. ZORGEN VOOR HET HUISHOUDEN	0 1 2 9
4. ZELFVERZORGING	0 1 2 9
5. ACTIVITEITEN OVERDAG	0 1 2 9
6. LICHAAMELIJKE GEZONDHEID	0 1 2 9
7. PSYCHOTISCHE SYMPTOMEN	0 1 2 9
8. INFORMATIE (over toestand en behandeling)	0 1 2 9
9. PSYCHISCH ONWELBEVINDEN	0 1 2 9
10. VEILIGHEID VOOR DE PERSOON ZELF	0 1 2 9
11. VEILIGHEID VOOR ANDEREN	0 1 2 9
12. ALCOHOL	0 1 2 9
13. DRUGS	0 1 2 9
14. GEZELSCHAP	0 1 2 9
15. INTIEME RELATIES	0 1 2 9
16. BELEVING VAN DE SEKSUALITEIT	0 1 2 9
17. ZORG VOOR DE KINDEREN	0 1 2 9
18. BASISONDERWIJS/EDUCATIE	0 1 2 9
19. TELEFOON	0 1 2 9
20. VERVOER	0 1 2 9
21. GELD	0 1 2 9
22. UITKERINGEN	0 1 2 9

1. HUISVESTING

Omschrijving

Heeft de persoon momenteel onderdak?

Vragen

- **Waar woont u nu?**
- **Wat voor soort woning/ woonruimte is dat?**

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. De persoon heeft een geschikte woning/ woonruimte (ook indien hij/zij momenteel in het ziekenhuis verblijft).
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. De persoon woont in een beschermde woonvorm of een hostel.
2 ernstig probleem	Bijv. De persoon is dakloos, woont in krotwoning, of in woning ontbreken basisvoorzieningen zoals water en elektriciteit.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

2. VOEDING

Omschrijving

Heeft de persoon moeite om voldoende eten te krijgen?

Vragen

- **Wat voor soort voedsel eet u?**
- **Maakt u zelf uw maaltijden klaar en doet u zelf uw boodschappen?**

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. In staat om zelf boodschappen te doen en maaltijden klaar te maken.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. De client heeft een probleem maar dit wordt opgelost doordat maaltijden worden verstrekt.
2 ernstig probleem	Bijv. Eet erg slecht, of voedsel wat niet binnen zijn/haar cultuur past.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

3. ZORG VOOR HET HUISHOUDEN

Omschrijving

Is de persoon in staat om zelf voor het huishouden te zorgen?

Vragen

- **Bent u in staat zelf voor het huishouden te zorgen? Heeft u hulp van iemand?**

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Het huis mag slordig zijn, maar is wel redelijk schoon.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. De cliënt heeft een probleem maar dit wordt opgelost doordat regelmatig huishoudelijke hulp wordt geboden.
2 ernstig probleem	Bijv. Het huis is vies en levert potentieel gevaar op voor de gezondheid.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

4. ZELFVERZORGING

Omschrijving

Heeft de persoon problemen met de zelfverzorging?

Vragen

- Vindt u het moeilijk zelf schoon en netjes te blijven?
- Moet u er soms aan herinnerd worden? Door wie?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv De persoon mag er dan excentriek of slordig uitzien, maar hij/zij is wel schoon.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv Er is toezicht op de zelfverzorging nodig en dit heeft resultaat.
2 probleem blijft onbevredigd opgelost	Bijv Slechte persoonlijke hygiëne.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

5. ACTIVITEITEN OVERDAG

Omschrijving

Heeft de persoon problemen met geregelde en geschikte bezigheden/activiteiten overdag?

Vragen

- Hoe brengt u uw dag door?
- Heeft u genoeg te doen?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv Werkt fulltime, of heeft voldoende bezigheid in het huishouden of in sociale activiteiten.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Gaat naar een dagactiviteitencentrum of andere vormen van georganiseerde tijdsbesteding omdat dit ook een probleem voor hem/haar is.
2 ernstig probleem	Bijv. Werkt niet en heeft niet voldoende bezigheid in het huishouden of in sociale activiteiten.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

6. LICHAAMELIJKE GEZONDHEID

Omschrijving

Heeft de persoon een lichamelijke handicap of een lichamelijke ziekte?

Vragen

- Hoe goed voelt u zich lichamelijk?
- Bent u voor lichamelijke problemen onder behandeling bij uw dokter?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Lichamelijk gezond.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Lichamelijke kwaal, zoals hoge bloeddruk, en ontvangt hiervoor adequate behandeling.
2 ernstig probleem	Bijv. Onbehandelde of onvoldoende behandelde lichamelijke kwaal, inclusief neveneffecten
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

7. PSYCHOTISCHE SYMPTOMEN

Omschrijving

Heeft de persoon psychotische symptomen zoals waanachtige overtuigingen, hallucinaties, formele denkstoornissen, de overtuiging van buitenaf gestuurd te worden of passiviteit?

Vragen

- Hoort u wel eens stemmen, of heeft u problemen met uw denken?
- Krijgt u medicijnen of injecties? Waarvoor krijgt u die?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Geen positieve symptomen, geen gevaar voor symptomen en krijgt geen medicatie.
1 geen/beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Symptomen worden bestreden met medicijnen of andere vorm van hulp met bevredigend resultaat.
2 ernstig probleem	Bijv. Heeft (residuele) symptomen of er is gevaar voor symptomen.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

8. INFORMATIE OVER DE TOESTAND VAN DE BEHANDELING

Omschrijving

Heeft de persoon duidelijke mondelinge en/of schriftelijke informatie gekregen over de diagnose en/of de stand van de behandeling?

Vragen

- Heeft u duidelijke informatie over uw medicijnen of andere behandeling gekregen?

- In welke mate heeft de informatie u geholpen?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Er is geen behoefte aan informatie of de informatie die in het verleden werd verstrekt beantwoordde aan de behoefte.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Er is een blijvende behoefte aan informatie en toelichting waar door de zorg bevredigend op wordt ingegaan. Heeft niet alle informatie gekregen of begrepen.
2 ernstig probleem	Bijv. Heeft geen informatie gekregen of heeft de informatie niet begrepen.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

9. PSYCHISCH ONWELBEVINDEN

Omschrijving

Lijdt de persoon momenteel onder psychisch onwelbevinden?

Vragen

- Heeft u zich de laatste tijd erg verdrietig of somber gevoeld?
- Heeft u zich overmatig bezorgd of angstig gevoeld?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Af en toe onwel bevinden of in lichte mate onwel bevinden zoals iedereen wel eens heeft. Er is geen zorgbehoefte.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. heeft regelmatig steun nodig en krijgt deze ook.
2 ernstig probleem	Bijv. Onwel bevinden heeft aanzienlijke invloed op iemands leven, het weerhoudt de respondent er van bijv. om naar buiten te gaan. Er wordt geen zorg geboden of de zorg is onbevredigend.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

10. VEILIGHEID VAN DE PERSOON ZELF

Omschrijving

Is de persoon een gevaar voor zichzelf?

Vragen

Heeft u er ooit aan gedacht uzelf letsel toe te brengen, of heeft u daadwerkelijk uzelf letsel toegebracht?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Geen suïcidegedachten.

1 probleem is bevredigend opgelost	Bijv. Suïciderisico wordt door de hulpverlener bewaakt, persoon krijgt therapie.
2 ernstig probleem	Bijv. Heeft de afgelopen maand suïcideplannen geuit. Heeft zichzelf aan serieus gevaar blootgesteld.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

11. VEILIGHEID VOOR ANDEREN

Omschrijving

Vormt de persoon op dit ogenblik een risico voor de veiligheid van andere mensen?

Vragen

- Denkt u dat u een gevaar voor de veiligheid van andere mensen zou kunnen vormen?
- Verliest u wel eens uw beheersing, zodat u iemand slaat?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Geen geschiedenis van gewelddadigheid of dreigend gedrag.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Onder toezicht (ook medicatie) vanwege potentieel risico en dit toezicht biedt een oplossing.
2 ernstig probleem	Bijv. Recente gewelddadigheid of bedreigingen.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

12. ALCOHOL

Omschrijving

Drinkt de persoon extreem veel of heeft hij/zij een probleem met het onder controle houden van het drinken?

Vragen

- Heeft u problemen door het drinken?
- Zou u willen dat u minder zou kunnen drinken?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Geen probleem met gecontroleerd drankgebruik.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Loopt het risico van drankmisbruik maar ontvangt momenteel hulp of is geen actueel probleem meer.
2 ernstig probleem	Bijv. Huidig drankgebruik is schadelijk of niet onder controle.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

13. DRUGS

Omschrijving

Heeft de persoon problemen met medicijn/ druggebruik?

Vragen

- Gebruikt u drugs of medicijnen die niet voorgeschreven zijn?
- Zijn er medicijnen /drugs bij waarmee u moeilijk zou kunnen stoppen?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Geen afhankelijkheid of misbruik van medicijnen/ drugs.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Krijgt hulp vanwege afhankelijkheid of misbruik.
2 ernstig probleem	Bijv. Afhankelijkheid of misbruik van voorgeschreven, niet voorgeschreven of illegale medicijnen/ drugs.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

14. GEZELSCHAP

Omschrijving

Heeft de persoon hulp nodig bij het aangaan en / of onderhouden van sociale contacten?

Vragen

- Bent u vaak eenzaam?
- Zou u willen dat u meer contact met andere mensen had?

Scores

	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Is in staat voldoende sociale contacten te leggen, heeft voldoende vrienden.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Bezoekt geschikt dagactiviteitencentrum, inloophuis of kerkelijke groep en lost hiermee eenzaamheidsgevoelens op.
2 ernstig probleem	Bijv. Voelt zich vaak eenzaam en geïsoleerd.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

15. INTIEME RELATIES

Omschrijving

Heeft de persoon moeite een partner te vinden of een vaste relatie te onderhouden?

Vragen

- Heeft u een partner?
- Heeft u problemen in uw relatie/huwelijk?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Bevredigende relatie of is gelukkig zonder partner.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Er is relatietherapie, psychotherapie of begeleiding in sociale vaardigheden waardoor het probleem bevredigend opgelost is.
2 ernstig probleem	Bijv. Er is huiselijk geweld c.q. de persoon wil graag een partner.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

16. BELEVING VAN DE SEKSUALITEIT

Omschrijving

Heeft de persoon problemen met zijn/ haar seksualiteit en de beleving ervan?

Vragen

- Heeft u problemen met seks?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Tevreden met huidig seksleven.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Krijgt een sekstherapie.
2 ernstig probleem	Bijv. Ernstige seksuele problemen.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

17. ZORGEN VOOR DE KINDEREN

Omschrijving

Heeft de persoon moeite om voor zijn/haar kinderen te zorgen?

Vragen

- Heeft u kinderen?
- Heeft u moeite om voor hen te zorgen?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Geen kinderen of geen problemen om voor hen te zorgen.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Krijgt hulp betreffende de vaardigheden als ouder, familiehelp of de kinderen zijn uit huis geplaatst waardoor de problemen opgelost zijn.
2 ernstig probleem	Bijv. Heeft ernstige problemen met de zorg voor de kinderen, bijv. dreigende uit huis plaatsing.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

18. ELEMENTAIR ONDERWIJS / EDUCATIE

Omschrijving

Ontbreekt het de persoon aan basisvaardigheden zoals rekenen en lezen?

Vragen

- Heeft u problemen met lezen, schrijven of het begrijpen van de Nederlandse taal?
- Kunt u in de winkel het wisselgeld tellen?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Is in staat te lezen en te schrijven en begrijpt Nederlandse formulieren.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Krijgt hulp van een familielid, bewindvoerder etc. en kan hiermee de administratieve problemen de baas.
2 ernstig probleem	Bijv. Heeft problemen met basisvaardigheden, spreekt gebrekkig Nederlands.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

19. TELEFOON

Omschrijving

Heeft de persoon enig probleem met de toegang tot en het gebruik van de telefoon?

Vragen

- Weet u hoe een telefoon werkt?
- Is het gemakkelijk er een te vinden die u kunt gebruiken?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. De persoon heeft thuis een telefoon, of gemakkelijk toegang tot een publieke telefoon/telefooncel.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Krijgt hulp bij het telefoneren (nummers opzoeken e.d.) en blijft hierdoor in contact.
2 ernstig probleem	Bijv. Geen toegang tot een telefoon of niet in staat te telefoneren.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

20. VERVOER

Omschrijving

Heeft de persoon enig probleem met het gebruik van het openbaar vervoer?

Vragen

- Hoe vindt u het om gebruik te maken van bus, metro of trein?
- Heeft u recht op gratis openbaar vervoer?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Is in staat van het openbaar vervoer gebruik te maken of heeft een auto/ kan een auto lenen.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Heeft gesubsidieerd vervoer (vervoer op maat, buskaarten) of krijgt hulp bij het vervoer (wordt gehaald en gebracht).
2 ernstig probleem	Bijv. Is niet in staat gebruik te maken van het openbaar vervoer; er is geen oplossing voor vervoersproblemen.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

21. GELD

Omschrijving

Heeft de persoon problemen om rond te komen met zijn/haar geld?

Vragen

- Hoe vindt u het om met uw geld rond te komen?
- Redt u het uw rekeningen te betalen?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Is in staat om de essentiële zaken te kopen en om rekeningen te betalen.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Krijgt enige hulp bij het budgetteren c.q. heeft een bewindvoerder hetgeen financiële problemen onder controle houdt.
2 ernstig probleem	Bijv. Heeft vaak geen geld voor essentiële zaken of rekeningen.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

22. UITKERINGEN

Omschrijving

Krijgt de persoon alle uitkeringen waar hij/zij recht op heeft?

Vragen

- Weet u zeker dat u al het geld krijgt waar u recht op heeft?

Scores

Score	Omschrijving
0 geen probleem	Bijv. Krijgt alle uitkeringen waar hij/zij recht op heeft.
1 geen/ beperkt probleem vanwege lopende interventie	Bijv. Krijgt enige hulp bij het verkrijgen van de uitkeringen (sociaal werker, bewindvoerder.....).
2 ernstig probleem	Bijv. Grote kans dat hij/zij niet alle uitkeringen krijgt/ontvangt waar rechten op bestaan c.q. men weet het niet.
9 onbekend of onbeoordeelbaar	

Bijlage II: Items uit de MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)

		Zeer ontevreden 0	Ontevreden 1	Enigszin s ontevreden 2	Neutraal 3	Enigszin ns tevreden 4	Tevreden 5	Zeer tevreden 6
1.	Hoe tevreden bent u met uw leven als geheel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hoe tevreden bent u met uw woning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hoe tevreden bent u met uw huisgenoten of, als u alleen woont, met het feit dat u alleen woont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hoe tevreden bent u met uw dagbesteding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.	Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hoe tevreden bent u met uw sociale relaties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Hoe tevreden bent u met de relatie die u heeft met uw familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Hoe tevreden bent u met uw relatie of met het feit dat u geen relatie heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Hoe tevreden bent u met uw seksuele leven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Hoe tevreden bent u met uw financiële situatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage III: Het betrouwbaarheidsitem uit het cliëntinterview

1. Hoe oordeelt u over de betrouwbaarheid ofwel de kwaliteit van de antwoorden die de geïnterviewde gaf?

Geïnterviewde gaf heel betrouwbare antwoorden			Geïnterviewde gaf erg on betrouwbare antwoorden
0	1	2	3