

# Op Eigen Kracht

*De relatie tussen zelfmanagement, zorgbehoeften  
en kwaliteit van leven nader bekeken*



Masterthesis van Luc Parie



Universiteit Utrecht



Sociaal en Cultureel Planbureau



Luc Parie

[l.e.parie@students.uu.nl](mailto:l.e.parie@students.uu.nl)

Studentnummer: 5681472

Juni 2017

Supervisor universiteit: Dr. Jornt Mandemakers (j.j.mandemakers@uu.nl)

Dr. Tali Spiegel (t.spiegel@uu.nl)

Supervisor SCP: Dr. Inger Plaisier (i.plaisier@scp.nl)

Met dank aan: Drs. Lex Hulsbosch

Dr. Harry Michon

Dr. Mirjam de Klerk

*Faculteit sociale wetenschappen – Master Contemporary Social Problems*

## Samenvatting.

In de zorg voor mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) is er de afgelopen jaren veel veranderd. Het doel van de beleidsveranderingen is het verbeteren van de kwaliteit van leven voor deze groep en het verminderen van de zorgkosten. De overheid tracht dit te doen door in te zetten op zelfmanagement en te focussen op de behoefte van de persoon. Zelfmanagement is het managen van de (hulp)bronnen zo dat het ten goede komt van de kwaliteit van leven. Door het vergroten van het zelfmanagement zouden mensen met een EPA zoveel mogelijk in staat moeten zijn om zelf te voldoen aan hun zorgbehoeften, zonder directe tussenkomst van een professional. Echter vervullen niet alleen professionals zorgbehoeften. Daarom is er een onderscheid gemaakt tussen behoeften aan professionele en informele zorg. Tevens zegt de literatuur dat mannen en vrouwen verschillende zorgbehoeften hebben en andere zorg gebruiken, dit komt onder meer door de fysieke verschillen. Dit onderzoek richt zich op daarom op de relatie tussen kwaliteit van leven, zelfmanagement en zorgbehoeften en hoe deze verschilt voor mannen en vrouwen met een EPA.

Voor dit cross-sectioneel onderzoek heeft het Trimbos Instituut het mogelijk gemaakt om data te gebruiken van het panel Psychisch Gezien. Dit panel bestaat uit respondenten met een EPA woonachtig in Nederland. Het panel is er om meer zicht te krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met een aanhoudende psychische aandoening. De peiling die in dit onderzoek gebruikt is, richtte zich op de leefsituatie en kwaliteit van leven van mensen met een EPA.

Dit onderzoek kijkt naar subjectieve kwaliteit van leven, oftewel de tevredenheid met het leven als geheel en de tevredenheid op specifieke domeinen. In de geestelijke gezondheidszorg zijn er zeer veel instrumenten die kwaliteit van leven meten, maar deze zijn vaak niet handzaam in gebruik. De eerste stap in dit onderzoek was het bepalen van een goede wijze om kwaliteit van leven te meten. Het instrument *Limburg Quality of Life* (LQOL) is één van de weinige handzame instrumenten in omloop. De vragenlijst is echter zeer beperkt en voldoet mogelijk niet aan het multidimensionale karakter van kwaliteit van leven. Om deze reden zijn er twee dimensies toegevoegd om de meting preciezer te maken. Echter bleek uit de Conformatieve Factor Analyse dat het originele en de aangepaste versie van het instrument kwaliteit van leven niet goed meten. Uiteindelijk is er gebruik gemaakt van een item die de tevredenheid met het leven als geheel meet om kwaliteit van leven te meten.

Via een multi-pele regressie zijn de relaties tussen zelfmanagement, zorgbehoeften en kwaliteit van leven bekeken. Een belangrijke bevinding is dat er een sterke positieve relatie is tussen zelfmanagement en kwaliteit van leven. Deze relatie is niet afhankelijk van iemands geslacht, maar

wordt wel gedeeltelijk verklaard door het aantal behoeften aan professionele zorg. Hoe groter het zelfmanagementvermogen van iemand, hoe minder (onvervulde) behoeften die gene heeft aan professionele zorg en hoe hoger de kwaliteit van leven. Er is namelijk een negatieve relatie tussen het aantal behoeften aan professionele zorg en iemands kwaliteit van leven. Deze relatie is er niet als iemand een behoefte heeft aan zorg uit het informele netwerk. Tenslotte blijkt dat wanneer men zorg ontvangt dit ten goede komt van hun kwaliteit van leven, zowel in het geval van professionele als informele zorg.

Ter afsluiting doet dit onderzoek een oproep aan de Landelijke Vereniging POH-GGZ om zelfmanagement een vereist onderdeel te maken van het kwaliteitsregister van de POH-GGZ (praktijk ondersteuner huisarts). Er zijn signalen dat er een toenemende druk is op huisartsen wat betreft de zorg voor mensen met ernstig psychiatrische problematiek, onder meer door de lange wachtlijsten van de gespecialiseerde GGZ. Het is aan de POH-GGZ om de patiënt te begeleiden tijdens deze wachtperiode. Dit onderzoek laat zien dat bijvoorbeeld het hebben van structuur in het leven en het hebben van vertrouwen in zijn of haar vaardigheden (onderdelen van zelfmanagement) in relatie staan met minder (onvervulde) zorgbehoeften en hogere kwaliteit van leven. Als de POH-GGZ zich onder meer op deze punten richt wordt de persoon met een EPA mogelijk zodanig gesterkt dat de wachttijd goed te overbruggen is.

## Inhoudsopgave.

Samenvatting	3
1. Inleiding	6
2. Theorie	9
2.1 Kwaliteit van leven	9
2.2 Zelfmanagement	10
2.3 Zorgbehoeften en zorggebruik	12
2.4 Genderrollen	14
3. Methode	17
3.1 Panel Psychisch Gezien	17
3.2 Dataverzameling	18
3.3 Operationalisatie	18
3.3.1 Afhankelijke variabele	18
3.3.2 Onafhankelijke variabele	19
3.3.3 Controle variabelen	21
3.4 Analyse	22
4. Resultaten	24
4.1 CFA analyse	24
4.2 Bivariate analyses	25
4.3 Regressie analyses	26
4.3.1 Assumpties	26
4.3.2 Model 1	27
4.3.3 Model 2	28
4.3.4 Model 3	30
5. Conclusie & discussie	34
5.1 Kwaliteit van leven	35
5.2 Zelfmanagement	35
5.3 Zorgbehoeften en zorggebruik	36
6. Beleidsaanbeveling	39
6.1 Gevolgen van beleidsveranderingen	39
6.2 Ontwikkelingen in zelfmanagement	40
6.3 Advies	41
<i>Referenties</i>	42
Appendix	
Appendix A - Resultaten normaalverdeling test	48
Appendix B - Gemiddelden op variabelen mannen en vrouwen	49

## 1. Inleiding

De langdurige zorg en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) hebben de afgelopen jaren veel veranderingen ondergaan (VWS, 2012; TK 2013/2014b). Dit had veel gevolgen voor de organisatie van zorg voor mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) (VWS, 2012). Zo is het aantal opgenomen personen afgenomen en groeit het gebruik van ambulante zorg (Hoof et al., 2016). Naar schatting zijn er in Nederland 281.000 volwassenen met een EPA (Delespaul & De Consensusgroep E. P. A., 2013). Men spreekt van een ernstig psychiatrische aandoening wanneer er een DSM-diagnose is gesteld en als men in wisselende mate klachten ondervindt voor een periode langer dan twee jaar (Kroon et al., 1998). Het doel van de beleidsveranderingen omtrent deze groep is het verbeteren van de kwaliteit van leven en het verminderen van de zorgkosten (TK 2012/2013). De overheid probeert dit te doen door in te zetten op zelfmanagement en te focussen op de behoeften van de persoon (TK 2012/2013). De zorgbehoeften en zorggebruik van een individu is van meerdere zaken afhankelijk. Zo blijkt uit onderzoek dat mannen en vrouwen wezenlijk verschillen in het gebruik van zorg (Plaisier & de Klerk, 2015). Het doel van dit onderzoek is de relaties tussen kwaliteit van leven, zelfmanagement en zorgbehoeften nader te bekijken voor mannen en vrouwen met een EPA.

In de literatuur definieert men kwaliteit van leven op verschillende manieren. Onderzoekers nemen aan dat kwaliteit van leven een subjectief en objectief component bevat (Muldoon, Barger, Flory & Manuck, 1998). Als men kijkt naar de tevredenheid van mensen met hun leven op verschillende domeinen spreekt men van subjectief. Bij objectief kijkt men naar vergelijkbare en meetbare omstandigheden. In beide vormen is kwaliteit van leven een multidimensionaal concept (Muldoon et al., 1998). Het is afhankelijk van het meetinstrument dat de onderzoeker gebruikt welke domeinen het precies omvat (Boevink, Wolf, van Nieuwenhuizen & Schene, 1995). Ter illustratie, volgens het onderzoeksbureau Significant zijn er alleen al in de Nederlandse GGZ achttien verschillende meetinstrumenten om kwaliteit van leven te meten (Jongebreur et al., 2015). Deze meetinstrumenten hebben betrekking op een groot aantal domeinen (zoals gezondheid of woonsituatie). In dit onderzoek zal het instrument *Limburg Quality of Life* (LQOL) gebruikt worden. Dit is een zeer versimpeld instrument en doet mogelijk geen recht aan het multidimensionale karakter van kwaliteit van leven. Om daaraan tegemoet te komen zijn de dimensies financiële situatie en dagelijkse bezigheden toegevoegd aan het instrument. Het is aangetoond dat de EPA doelgroep verschilt van de rest van de samenleving binnen deze domeinen, bijvoorbeeld doordat ze minder vaak betaalt werk hebben (Chang, 2015; Lehman, 1982). De eerste stap in dit onderzoek is dan ook bepalen of het instrument subjectieve kwaliteit van leven goed meet met de uitbreiding van de domeinen.

Voor mensen met een EPA wenst de overheid kwaliteit van leven te verbeteren door onder meer hun zelfmanagementvermogen te vergroten. Barlow et al. (2001) definieert zelfmanagement als het individueel vermogen om om te gaan met de symptomen, behandeling, fysieke en psychologische consequenties en leefstijlveranderingen die inherent zijn aan de chronische aandoening. Daarbij spelen het monitoren van de aandoening en het geven van cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties ten behoeve van het behouden van kwaliteit van leven een rol. Per definitie gaat het dus om gedrag ter bevordering van kwaliteit van leven. Dit maakt het aannemelijk dat er een sterk verband is tussen de twee concepten. De theorieën van zelfmanagement zijn veelal opgesteld voor de hulpverlener en zijn bedoeld voor het ontwerpen van een interventie (Lorig & Holman, 2003). Met het huidige beleid doet men een groter beroep op de mensen zelf. Het is dan ook van toegevoegde waarde om in dit onderzoek vanuit het perspectief van mensen met een EPA de relatie te bekijken tussen zelfmanagement en subjectieve kwaliteit van leven.

Een achterliggend doel van het vergroten van het zelfmanagement vermogen is dat mensen met een EPA minder gebruik gaan maken van de zorg (TK 2012/2013). Zij zouden zoveel mogelijk in staat moeten zijn om zelf te voldoen aan hun zorgbehoeften, zonder directe tussenkomst van een professional. Er is sprake van een behoefte wanneer een individu ondersteuning vereist die noodzakelijk is om een acceptabel niveau van kwaliteit van leven te bereiken, te behouden of te herstellen (Department of Health Social Services Inspectorate, in Werner, 2012). Uit onderzoek blijkt dat onvervulde zorgbehoeften een negatief effect hebben op de kwaliteit van leven van mensen met een EPA (Becker et al., 2005; Slade et al., 2004; Wiersma & van Busschbach, 2001). De relatie tussen zelfmanagement en zorgbehoeften is niet zo eenduidig als het beleid aanneemt. Wanneer men een groot zelfmanagementvermogen heeft is men meer zelfbewust (Lorig & Holman, 2003; Kralik, 2004). Door dit toenemend bewustzijn kunnen bijvoorbeeld zorgbehoeften naar boven komen die voorheen onopgemerkt bleven (Greenhalgh, 2009). Niet alleen professionals kunnen zorgbehoeften vervullen (Andersen & Newman 1973). Daarom zal onderscheid gemaakt worden tussen behoeften aan professionele en informele zorg. Dit is niet eerder gedaan in onderzoek. Terwijl het beleid van de overheid dit onderscheid wel maakt (TK 2012/2013).

De relaties tussen en de mate van kwaliteit van leven, zelfmanagement en zorgbehoeften kunnen voor mannen en vrouwen verschillen doordat zij verschillende genderrollen hebben. Genderrollen zijn cultureel bekrachtigde regels die het passende gedrag voor mannen en vrouwen vormgeven. Ze refereren naar de verwachtingen van gedrag dat passend is voor elk gender. Het is een set van voorgeschreven en identificeerbare regels die in lijn ligt met hoe men verwacht dat een individu zich gedraagt (Kessler & McKenna, in Matud, Bethencourt, & Ibáñez, 2014). Uit onderzoek blijkt dat

men van mannen verwacht dat ze zich assertief en zelfverzekerd gedragen, terwijl men van vrouwen verlangt dat ze zich richten op anderen en empathisch zijn (Twenge, 1999). Naast deze culturele verschillen zijn er ook biologische en maatschappelijk structurele verschillen tussen mannen en vrouwen. Naar schatting heeft 31% van de EPA doelgroep de diagnose schizofrenie (Delespaul & De Consensusgroep E. P. A., 2013). Uit onderzoek blijkt dat mannen vaker schizofrenie hebben dan vrouwen (van de Werf et al., 2014). Tevens blijkt dat het zorggebruik van mannen met schizofrenie wezenlijk anders is dan dat van vrouwen met schizofrenie. Zo worden vrouwen met schizofrenie minder vaker opgenomen dan mannen (Petkari, Mayoral & Moreno-Küstner, 2017). Het is zeer goed mogelijk dat de relaties tussen zelfmanagement, zorgbehoeften en subjectieve kwaliteit van leven voor mannen en vrouwen verschillen. Dit onderzoek beoogt deze verschillen inzichtelijk te maken, zodat het beleid zich hierop kan toespitsen.

Samengevat is het doel van dit onderzoek om te kijken in hoeverre er een effect is van zelfmanagement op de subjectieve kwaliteit van leven en of dit effect verklaard wordt door (onvervulde) zorgbehoeften. Tevens is de vraag of deze relaties verschillend zijn voor mannen of vrouwen. De eerste stap in dit alles is het bekijken of de uitbreiding van het LQOL instrument verantwoord is. Meet het daadwerkelijk kwaliteit van leven? Deze voornemens resulteren in de volgende vragen:

- Wordt kwaliteit van leven goed gemeten met de uitbreiding van het LQOL instrument met de dimensies financiële situatie en dagelijkse bezigheden?
- Wat is de relatie tussen zelfmanagement en subjectieve kwaliteit van leven voor mensen met een EPA en is dit verschillend voor mannen en vrouwen?
- In hoeverre wordt de relatie tussen zelfmanagement en subjectieve kwaliteit van leven verklaard door (onvervulde) zorgbehoeften bij mensen met EPA?



## 2. Theorie

### 2.1 Kwaliteit van leven

Wat is goed leven? Deze vraag ligt ten grondslag van het concept kwaliteit van leven. Het is een vraag waar veel mensen in de geschiedenis zich over hebben gebogen. Tot en met de oude filosofen, zoals Plato en Aristoteles, aan toe (Dohmen, 2002). Ondanks deze lange geschiedenis is het begrip kwaliteit van leven relatief nieuw.

Kwaliteit van leven werd voorheen gezien als materiële welvaart. In jaren 60/70 sprak men voor het eerst over het gevoel van welbevinden en geluk (Kuin, Pot & Vink, 2007). Deze ontwikkeling leidde uiteindelijk tot de subjectieve vorm kwaliteit van leven, zoals die centraal staat in dit onderzoek. Het is een vorm van kwaliteit van leven die valt in de hedonistische stroming, waarbij men psychologische indicatoren gebruikt om het te meten (Ryan & Deci, 2001; Zautra & Goodhardt, 1979). Dit houdt in dat men kijkt naar de individuele tevredenheid met het leven als geheel en op verschillende domeinen. Binnen deze stroming sluit een negatief aspect (ziekte) het positieve (goed leven) niet uit (Fleury et al., 2013; Kuin, Pot & Vink, 2007). Dit maakt het een geschikte effectmaat voor mensen met een chronische aandoening (Jongebreur et al., 2015). Het is dan ook een veel onderzocht onderwerp bij mensen met een EPA.

In de literatuur is er een voortgaande discussie hoe men kwaliteit van leven goed meet. Centraal hierbij staat de vraag welke leefdomeinen men dient te onderzoeken om kwaliteit van leven goed te meten (Kuin, Pot & Vink, 2007). Geen enkele aandoening is het zelfde en ieder kent zijn eigen specifieke uitdagingen. Dit maakt dat voor het meten van kwaliteit van leven per aandoening andere domeinen van belang zijn om te onderzoeken. Dit heeft zich geresulteerd in een grote diversiteit aan meetinstrumenten in de gezondheidszorg met uiteenlopende domeinen, zo ook in de GGZ (Jongebreur et al., 2015).

In de GGZ is er nog een aanvullend criterium dat de diversiteit heeft gestimuleerd. Het moet niet alleen alle relevante leefdomeinen bekijken, het moet daarnaast praktisch zijn in gebruik (Delespaul et al., 2008). Aangezien hulpverleners en onderzoekers kwaliteit van leven als effectmaat gebruiken, is er behoefte naar een gemakkelijk en vooral snel te gebruiken instrument. Het instrument *Limburg Quality of Life* (LQOL), dat gebruikt zal worden in dit onderzoek, is een dergelijk instrument dat aan deze eis voldoet.

Het LQOL instrument is een afgeleide van het veel gebruikte *Lancashire Quality of Life Profile* (LQOLP) instrument, dat op zijn beurt weer gebaseerd is op het Lehman's interview (Delespaul et al.,

2008; Oliver, Huxley, Priebe & Kaiser, 1997). Het Lehmans interview is één van de eerst ontwikkelde instrumenten om kwaliteit van leven te meten bij de EPA doelgroep (Lehman, Ward & Linn, 1982). Via een semigestructureerd interview meet men zowel objectieve als subjectieve indicatoren in de domeinen: woonsituatie, familierelaties, sociale relaties, vrijetijdsbesteding, werk, financiën, persoonlijke veiligheid en gezondheid. Het instrument is echter tijdrovend in gebruik. Om het proces efficiënter te maken is de LQOLP ontwikkeld (Oliver et al., 1997). De domeinen van het Lehmans interview werden behouden, maar het instrument nam een kwantitatieve benadering. Het instrument is tijd technisch gezien efficiënter dan het Lehmans interview, maar voor het operationele niveau is het niet handzaam genoeg, wat maakt dat het voornamelijk gebruikt wordt door onderzoekers. De LQOL diende aan deze wens van handzaamheid te voldoen (Delespaul et al., 2008).

De LQOL is een gesimplificeerde versie van de LQOLP. Alleen de overkoepelende thema's wonen, sociale contacten, psychische gezondheid, lichamelijke gezondheid en het leven als geheel zijn behouden. Uit onderzoek blijkt dat het instrument een hoge correlatie heeft met de LQOLP, waardoor men het valide acht (Delespaul et al., 2008). De vraag is of deze gereduceerde lijst van domeinen alomvattend is voor het multidimensionale concept kwaliteit van leven. In dit onderzoek is er voor gekozen om meer facetten van het leven te includeren. Het gaat hierbij om de domeinen financiële situatie en dagelijkse bezigheden. Er zijn indicaties dat deze domeinen wezenlijk anders zijn bij de EPA doelgroep dan bij de algemene populatie, zo heeft men bijvoorbeeld minder vaak betaald werk (Chang, 2015; Lehman et al., 1982). De verwachting is dat met de toegevoegde domeinen het instrument de subjectieve kwaliteit van leven goed meet.

## **2.2 Zelfmanagement**

Zelfmanagement is het managen van de (hulp)bronnen zo dat het ten goede komt van de kwaliteit van leven (Steuerink, Lindenberg & Slaets, 2005). Volgens Aujoulat, d'Hoore & Deccache (2006) zijn empowerment en zelfmanagement inherent aan elkaar verbonden. Empowerment gaat namelijk over het leven weer zelf te kunnen managen, zelf de regie weer nemen (Boevink, Kroon & Giessen, 2008). Een empowered persoon is in staat de benodigde acties te ondernemen die de kwaliteit van leven vergroten. Net als bij empowerment is *agency* zeer belangrijk om aan effectief zelfmanagement te doen, aldus Davidson (2005). Agency is het vermogen om te handelen. Wanneer men agency toont neemt men weer controle over het eigen leven. Zelfmanagement is dus in essentie actiegericht (Sterling et al., 2010).

De theorie van zelfmanagement leunt sterk op de principes van *self-efficacy* (Sterling et al., 2010). Self-efficacy is de individuele perceptie en beoordeling van iemands eigen vaardigheden (Bandura, 1982). Bandura (1982) stelt dat de kwaliteit van iemands vaardigheid afhankelijk is van de uitvoering. Hoe men denkt over zijn eigen vaardigheden beïnvloedt de keuzes die men maakt en de hoeveelheid moeite die men neemt. Iemand met vertrouwen in zijn of haar vaardigheden zal minder snel situaties uit de weg gaan die vragen om het inzetten van die vaardigheden. Daarnaast zal men minder snel opgeven en meer inzet tonen als men overtuigd is van zijn eigen kunnen. Bandura (1997) stelt dat de zelfperceptie van individuele vaardigheden de relatie medieert tussen weten wat men moet doen en de daadwerkelijke actie. Lorig (2003) vat de theorie op de volgende manier samen: *“In simple terms, this theory states that if people think they can do something, they probably can.”* (p. 700). De principes van self-efficacy komen sterk naar voren in het doel van zelfmanagementeducatie van de hulpverlener. De hulpverlener dient het zelfvertrouwen in het zelfmanagementvermogen van de persoon te vergroten (Lorig, 2003).

De theorie van zelfmanagement is geschreven voor hulpverleners (Lorig & Holman, 2003). Zij dienen de theorie te gebruiken als een framework om effectieve interventies op te baseren of te evalueren. Het huidige onderzoek zal echter het perspectief aannemen van de mensen met een EPA.

Wat betekent zelfmanagement voor de persoon zelf? Volgens Kralik et al. (2004) ziet men het als een individueel proces dat orde brengt tot hun leven. Kralik et al (2004) identificeerde vier punten die centraal staan in dit proces. Als eerste is het herkennen en monitoren van de persoonlijke grenzen. Een chronische ziekte maakt dat sommige alle dagelijkse activiteiten niet meer gaan. De voldoening die men uit deze activiteiten haalden, dient men in alternatieve activiteiten te vinden. Hiervoor moet men leren de persoonlijke grenzen te herkennen. Weten wanneer en waarom iets niet meer gaat. Als men dit weet is het pas mogelijk om alternatieven activiteiten te identificeren. Voor het uitvoeren van deze alternatieve activiteiten zal de persoon zijn of haar bronnen moeten mobiliseren, wat dan ook het tweede belangrijke punt is in het proces. Weten welke bronnen men bezit en hoe deze aan te spreken, maakt dat men de alternatieve activiteit kan uitvoeren. Een consequentie van al deze veranderingen in het leven is dat het mogelijk iemands zelfbeeld aantast. Toekomstplannen moeten bijvoorbeeld los gelaten worden, omdat deze niet meer te realiseren zijn. Dit derde punt is zeer belangrijk in het proces van zelfmanagement om te leren om te gaan met deze veranderingen in de eigenidentiteit. Het laatste punt dat centraal staat in het proces vat Kralik et al. (2004) samen als balanceren, tempo bepalen, plannen & prioritering. Men moet zich deze gedragingen eigen maken om tot de acties te komen die zelfmanagement vereist. De persoon moet zichzelf hierbij activeren, zonder zichzelf te overvragen.

Het doel van zelfmanagement is het vergroten van het zelfvertrouwen en het herwinnen van de controle in het leven, wat de kwaliteit van leven ten goede komt (Barlow et al., 2002; Steverink, Lindenberg & Slaets, 2005). De verwachting is dat bij een groot zelfmanagement vermogen de subjectieve kwaliteit van leven groter is.

### **2.3 Zorgbehoeften en zorggebruik**

In de literatuur van zorggebruik is het *behavioral model of health services* (Andersen & Newman, 1973) een veel gebruikt model om inzicht te krijgen in de determinanten van zorggebruik. Dit model stelt dat de determinanten in drie groepen zijn in te delen. Als eerste is er de gezondheid van een individu. De lichamelijke en psychische gezondheid bepalen of er sprake is van een zorgbehoefte. Om tot zorggebruik over te gaan is er een behoefte tot zorg vereist. Als tweede stelt het model dat de vooraf aanwezige persoonskenmerken een rol spelen bij het gebruik van zorg. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld leeftijd en etniciteit. Tevens is geslacht één van deze persoonskenmerken. Tenslotte is er de laatste groep determinanten die de faciliterende factoren omvat. Dit zijn factoren die invloed hebben op de toegang tot zorg. In tegenstelling tot de andere groepen determinanten zijn de faciliterende factoren onderhevig aan veranderingen in beleid. Het gaat om factoren zoals opleiding en inkomen. Faciliterende factoren hebben tevens invloed op het gebruik van zorg uit het informele netwerk. Als het sociale netwerk van een individu klein is dan heeft diegene minder mogelijkheden om gebruik te maken van zorg uit die hoek.

Zelfmanagement valt binnen deze groep van faciliterende factoren. Dit maakt dat het voor de overheid mogelijk is om er beleid op te maken. De overheid probeert door het stimuleren van het zelfmanagementvermogen het gebruik van professionele zorg te remmen (TK 2012/2013). Men dient het eerst zelf te regelen, zo nodig met hulp uit het informele netwerk. Het hebben van een groot zelfmanagementvermogen leidt echter niet direct tot minder gebruik van zorg. Het hangt namelijk af van iemands zorgbehoefte.

Men spreekt van een zorgbehoefte als er een gemis aan zorg of ondersteuning is dat een acceptabel niveau van kwaliteit van leven in de weg staat (Department of Health Social Services Inspectorate, in Werner, 2012). Dit komt veelal in de vorm van een mindere lichamelijke en/of psychische gezondheid. In onderzoek stelt men dit vaak vast door te vragen of men wel of geen zorg verlangt. Het hebben van een zorgbehoefte is inherent negatief voor de ervaren kwaliteit van leven. Onderzoek ondersteunt dit gegeven. Wiersma & van Busschbach (2001) toonden aan dat de kwaliteit van leven lager is voor mensen met een EPA naarmate het aantal zorgbehoeften groter is.

De relatie tussen zelfmanagement en zorgbehoeften is complex. Men past zelfmanagement veelal toe wanneer er sprake is van een chronische ziekte, oftewel een verminderde lichamelijk/psychische gezondheid. Het hebben van een verminderde gezondheid betekent niet automatisch dat men meer zorgbehoeften heeft, daar is bewustwording voor nodig. Mensen met een groot zelfmanagement vermogen zijn heel bewust bezig met hun ziekteproces. Het kan dus zijn dat er behoeften bovenkomen die voorheen onopgemerkt bleven (Greenhalgh, 2009). Anderzijds zet zelfmanagement mensen in hun kracht. Men heeft het vermogen om goed om te gaan met de uitdaging van de chronische ziekte, wat maakt dat er minder behoeften heeft aan professionele zorg (Barlow et al., 2002; Steverink, Lindenberg & Slaets, 2005).

Als er sprake is van een zorgbehoefte kan men gebruik maken van zorg om de kwaliteit van leven te verbeteren (zie ook figuur 1 en 2 aan het eind van dit hoofdstuk). Wanneer men kijkt naar de relatie tussen zorgbehoeften en zorggebruik, zijn er drie combinaties mogelijk. Een persoon die behoefte heeft aan zorg, maar deze niet krijgt heeft een onvervulde zorgbehoefte. Het hebben van een onvervulde zorgbehoefte heeft een sterk negatieve invloed op de kwaliteit van leven bij mensen met een EPA (Wiersma, 2006). Als men zorg gebruikt (de tweede combinatie) spreekt men van een vervulde zorgbehoefte. Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van zorg positief is voor kwaliteit van leven, maar het maakt het negatieve effect van de zorgbehoeften op kwaliteit van leven niet ongedaan (Becker et al., 2005; Slade et al., 2004; Wiersma & van Busschbach, 2001). Oftewel het negatieve effect van het hebben van een zorgbehoefte is groter dan het positieve effect van de zorg. Tenslotte zijn er mensen die geen behoeften hebben aan zorg, maar wel zorg gebruiken. Dit wordt wel mismatch genoemd. In de geestelijk gezondheidszorg komt dit regelmatig voor. Dit komt onder meer doordat bij verschillende psychiatrische aandoeningen (bijv. schizofrenie) één van de symptomen een beperkt ziekte-inzicht is (American Psychiatric Association, 2013). In het geval van een mismatch neemt in wezen de ander beslissingen in het leven van een patiënt. Uit onderzoek blijkt dat dit gebrek aan controle negatief is voor de ervaren kwaliteit van leven (Hasson-Ohayon, Walsh, Roe, Kravetz & Weiser, 2006).

Zelfmanagement leidt mogelijk tot meer zorgbehoeften, maar het zorgt er ook voor dat mensen handelen om deze te vervullen. De verwachting is dan ook dat bij een groter zelfmanagement vermogen het aantal onvervulde zorgbehoeften zal afnemen en het aantal vervulde behoeften juist zal toenemen. Met zelfmanagement komt het vermogen om de controle weer te herpakken in het leven. Dat leidt tot de verwachting dat een groter zelfmanagement vermogen leidt tot minder mismatches.

## 2.4 Genderrollen

De verschillen tussen mannen en vrouwen is een veel onderzocht onderwerp in de sociologie. Uit onderzoek blijkt dat Nederlandse mannen en vrouwen andere zorgbehoeften hebben, door bijvoorbeeld fysieke verschillen. Tevens zijn er verschillen in de mate van zorggebruik geobserveerd (Plaisier & de Klerk, 2015). Een theorie die men vaak aanhaalt om dit verschil te verklaren is de genderroltheorie. Een genderrol is een set van cultureel bekrachtigde regels die bepalen wat passend gedrag is voor mannen en vrouwen. Het betreft verwachtingen ten aanzien van het gedrag (Kessler & McKenna, in Matud, Bethencourt, & Ibáñez, 2014).

Door middel van een socialisatieproces in de vroege jeugd maakt men de genderrol eigen (Matud, Bethencourt, & Ibáñez, 2014). Socialisatie is een individueel proces van de ontwikkeling van iemands identiteit (Abrantes, 2013). Door te interacteren in de maatschappij leert men de geldende verwachtingen, waarden, ideologieën en codes van de maatschappij kennen. Om mee te doen in maatschappij dient men zich hieraan aan te passen. Correct gedrag wordt beloond en afwijkend gedrag onderdrukt. Oftewel de geldende verwachtingen op macroniveau maakt men eigen, wat resulteert in structurele verschillen tussen mannen en vrouwen.

De eigenschappen die zijn toegeschreven aan een geslacht zijn cultureel gebonden (Helgeson, 1994). In elke cultuur maakt men een onderscheid in verwachting op basis van het biologische geslacht (Abrantes, 2013). Veel van het onderzoek naar genderrollen stamt uit de Verenigde Staten. De kernwaarden die men toeschrijft aan mannen en vrouwen komen echter voor een groot gedeelte overeen met Nederland. Emons, Wester & Scheepers (2010) zochten hiervoor een verklaring in de media die men consumeert in Nederland en Amerika. Media is een middel waarmee de verwachtingen ten aanzien van het gedrag impliciet gecommuniceerd wordt naar de algehele bevolking. Het speelt dus een belangrijke rol in het socialisatie proces. De Nederlandse kijker consumeert over het algemeen veel Amerikaanse media. In Amerikaanse media wordt de vrouw veelal afgebeeld als afhankelijk en zorgzaam, dit geldt ook voor Nederlandse programma's zo blijkt. In de Nederlandse media zorgt de vrouw voor het gezin terwijl de man het geld verdient. De precieze vormgeving van de genderrol verschilt per land wellicht, maar dit onderzoek laat zien dat in de kern de genderrollen overeenkomen.

Kijkende naar de verwachtingen passend bij de genderrollen zijn er in de literatuur verschillende dichotomieën te herkennen (Twenge, 1999). Zo is er een tweedeling te herkennen die aan de basis ligt van wat men ziet als mannelijk en vrouwelijk (Helgeson, 1994). Agency is de kerneigenschap van mannelijkheid, terwijl voor vrouwelijkheid dat gemeenschap is. Van mannen verwacht men dat ze

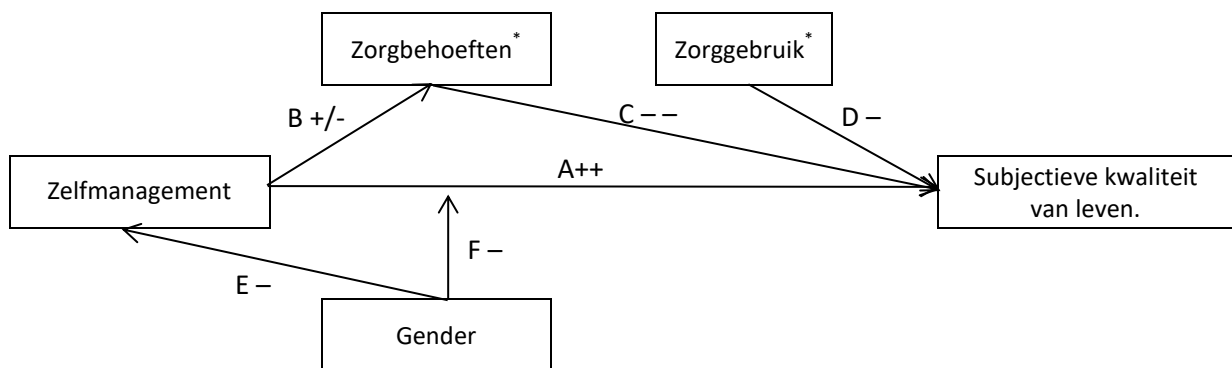
handelen, assertief en onafhankelijk zijn. Terwijl men van vrouwen verlangt dat ze verzorgend zijn en zich richten op de ander. Interdependentie is dan ook zeer kenmerkend voor relaties bij de vrouwelijke genderrol (Hegelson, 1994; Matud, Bethencourt, & Ibáñez, 2014). Daarnaast is er een overkoepelende tweedeling te herkennen in de persoonlijkheidseigenschappen. Over het algemeen schrijft men instrumentele eigenschappen toe aan mannen en emotioneel expressieve eigenschappen aan vrouwen (Twenge, 1999).

De eigenschappen van mannelijkheid en vrouwelijkheid kennen zowel voor- en nadelen kijkende naar de processen omtrent zelfmanagement en zorgbehoeften. Neem als eerste zelfmanagement. Kenmerkend voor zelfmanagement is dat het een individueel proces is dat agency en zelfvertrouwen vergt. Het sluit goed aan bij de mannelijke genderrol (Davidson, 2005; Lorig & Holman, 2003; Kralik et al., 2004). Door deze aansluiting zal de maatschappij het zelfmanagementgedrag van een man bekrachtigen. Bij een vrouw is dit gecompliceerder. Van een vrouw verwacht men dat ze zich richt op de ander. Zelfmanagement vergt een focus op de behoeften van de persoon zelf. De persoonlijke behoeften dienen bij zelfmanagement voorrang te krijgen (Newman, Steed & Mulligan, 2004). Aangezien Nederland een individualistische samenleving is zal men zelfmanagementgedrag tot op een zekere hoogte accepteren van een vrouw (Oyserman & Lee, 2008). Het is dus mogelijk voor een vrouw om op een passende wijze het zelfmanagementvermogen te ontwikkelen. Uit onderzoek blijkt echter dat de zelfperceptie van mannen structureel positiever is van mannen dan voor vrouwen (Vrooman, Gijsberts & Boelhouwer, 2014). Zo scoren mannen bijvoorbeeld hoger op zelfvertrouwen. Dit maakt dat de verwachting is dat mannen een hogere mate van zelfmanagement bezitten en dat het effect op kwaliteit van leven voor hen sterker is dan voor vrouwen.

Kijkend naar zorggebruik is er ook een effect te zien van genderrollen. In de algemene bevolking gaan vrouwen vaker naar de huisarts dan mannen (Portegijs & van den Brakel, 2016). Dit geldt voor alle type klachten. Vrouwen gebruiken dus meer zorg dan mannen. Dit is opvallend aangezien uit onderzoek blijkt dat er geen verschil zit in de hoeveelheid behoeften tussen mannen en vrouwen met een ernstig psychiatrische aandoening (Wiersma, 2006). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de rol van een patiënt passend is bij de vrouwelijke genderrol (Ojeda & Bergstresser, 2008). Achterliggend aan het krijgen van zorg is het vragen om hulp. Men dient zich kwetsbaar op te stellen en maakt zich in zekere zin afhankelijk van een ander. De mannelijke genderrol dicteert dat mannen onafhankelijk moeten zijn (Hegelson, 1994; Matud, Bethencourt, & Ibáñez, 2014). Voor hen is het dus niet passend om zorg te vragen. Voor vrouwen is juist passend om zich emotioneel kwetsbaar op te stellen en relaties aan te gaan met een zekere mate van afhankelijkheid (Hegelson, 1994; Matud, Bethencourt, & Ibáñez, 2014). Dit maakt dat de drempel om gebruik te maken van zorg lager is voor

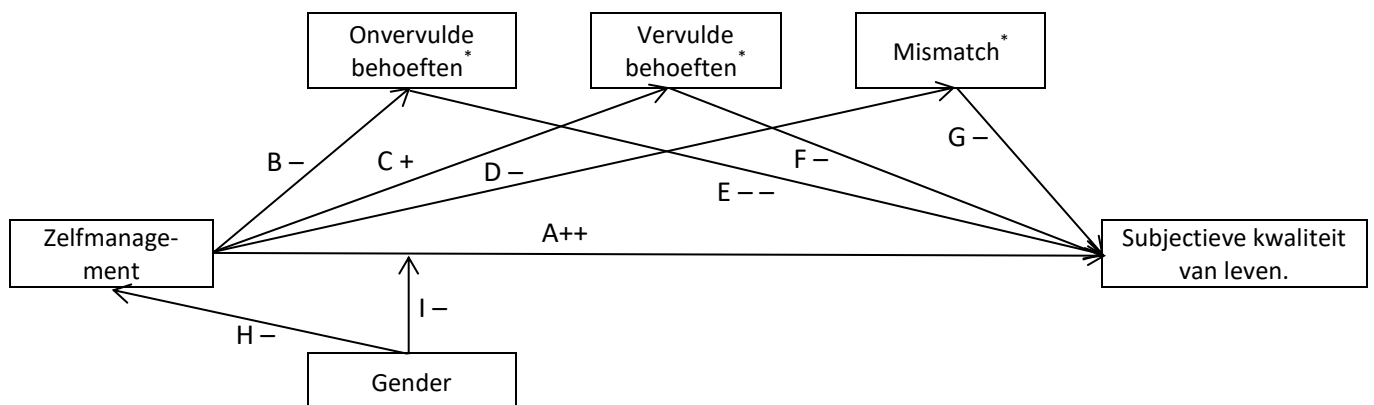
vrouwen dan voor mannen. Dit verschil in zorggebruik geldt voor zowel professionele zorg als zorg uit het informele netwerk. Vrouwen krijgen ook meer hulp van het informele netwerk dan mannen (Plaisier & de Klerk, 2015). De verwachting is dan ook dat vrouwen meer zorggebruiken dan mannen. Tevens is de verwachting dat vrouwen meer vervulde zorgbehoeften en minder onvervulde behoeften hebben dan mannen.

In figuur 1 en 2 staan de verwachte relaties tussen de verschillende concepten weergegeven. Deze modellen laten alleen de relaties zien die tevens getest zullen worden in het onderzoek.



Noot. \*Zorgbehoeften en Zorggebruik worden zowel voor professioneel als informeel ingevoerd.

Figuur 1. Conceptueel model 1 met zorgbehoefte en zorggebruik.



Noot. \*Onvervulde behoeften, vervulde behoeften en mismatch worden zowel voor professioneel als informeel ingevoerd.

Figuur 2. Conceptueel model 2 met het type zorgbehoeften.



### 3. Methode

#### 3.1 Panel Psychisch Gezien

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van data afkomstig van het panel Psychisch Gezien. Het panel is opgericht door het Trimbos Instituut, dat tevens ook de eigenaar is van de dataset. In 2010 is het panel opgericht met twee doelen in gedachte. Zo dient het panel om meer zicht te krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met een aanhoudende psychische aandoening. Daarnaast dient het deze doelgroep een duidelijkere stem te geven in de maatschappelijke debatten over de GGZ (Place & Hulsbosch, 2016). Er was voorheen te weinig kennis voorhanden om de mening van deze doelgroep mee te nemen in het debat (Panel Psychisch Gezien, 2016). Het panel heeft als missie gedegen kennis te verwerven over de zorg- en leefsituatie en maatschappelijke integratie van mensen met een aanhoudende psychische aandoening in Nederland.

Elk jaar krijgt het panel twee of meer enquêtes voorgelegd. De enquêtes hebben meerdere functies, zoals het monitoren van de doelgroep, het peilen van opinies en het genereren van kennis dat als input kan dienen voor beleid (Place & Hulsbosch, 2016). Onderwerpen die in het verleden zijn voorgelegd zijn onder andere maatschappelijke participatie, dwangmaatregelen in de GGZ en E-mental health (Panel Psychisch Gezien, 2016). De peiling die in dit onderzoek gebruikt is, richtte zich op de leefsituatie en kwaliteit van leven van mensen met een langdurige psychische aandoening.

De doelgroep van het panel is mensen met een ernstige psychiatrische problematiek in Nederland (Panel Psychisch Gezien, 2016). Bij aanmelding dient de persoon minimaal 18 jaar oud te zijn. Men ervaart daarnaast beperkingen in het dagelijks leven, gedurende een langere tijd. Er zijn geen restricties wat betreft het type psychische klachten dat men ondervindt. Het kan in principe over elke type psychische klacht gaan. Evenmin is er een voorwaarde dat de respondent cliënt moet zijn bij een GGZ-instelling, wat bijdraagt aan de reden waarom de dataset uniek is (Place & Hulsbosch, 2016). Een groot gedeelte van de respondenten woont namelijk in een zelfstandige woonvorm. Van de respondenten woont 56.9% alleen en maar 2.7% woont in een groepswoning voor mensen met psychische problemen. In veel onderzoeken zoekt men naar respondenten via een zorgorganisatie, wat mensen die zelfstandig wonen en niet in behandeling zijn uitsluit.

Aanmelding voor het panel is vrijwillig. Op basis van een representativiteitsanalyse wordt aangenomen dat het panel de EPA populatie goed representeert (Place, Hulsbosch & Michon, 2014). Dit is vastgesteld door kenmerken van panel te vergelijken met de kenmerken van de

populatie zoals deze beschreven zijn in eerder onderzoek. Mogelijk voldoet 4% van de panelleden niet aan de criteria van een EPA. De zorginstelling waar de respondent eventueel in behandeling is zijn niet betrokken in het proces. De dataset bestaat dus volledig uit zelfrapportage. Dit maakt dat de betrouwbaarheid van de gegevens niet gecontroleerd kan worden (Place & Hulsbosch, 2016).

### **3.2 Dataverzameling**

Voor dit onderzoek is de negende peiling gebruikt, genaamd 'Leefsituatie en ervaringen met zorg van mensen met langdurige psychische problemen' (Place & Hulsbosch, 2016). Dit is de tweede peiling die bij het panel is uitgezet omtrent het onderwerp kwaliteit van leven. De respondenten hadden de mogelijkheid om de enquête online of schriftelijk in te vullen.

De data verzameling vond plaats in 2016 in de maanden april tot en met juli. Voor deze peiling is het volledige panel benaderd. Van de 2072 panelleden hebben uiteindelijk 1395 leden de enquête ingevuld en teruggestuurd. Dit komt neer op een respons van 67% (Place & Hulsbosch, 2016).

Voor de analyses dienden de respondenten een geldige score te hebben op alle variabelen, inclusief de controle variabelen (zie paragraaf 3.3.3). 287 personen hadden een of meer missende waarden en werden daarom voor de analyse uitgesloten. Hier vallen ook 12 personen onder die aangegeven hadden dat de controle variabele diagnose voor hen niet van toepassing was. Nadat alle respondenten waren uitgesloten die een missende waarde hadden bestond de onderzoekspopulatie uit 1108 respondenten.

Het Trimbos Instituut heeft een non-respons analyse uitgevoerd over op alle peilingen. Enkele kernvariabelen sprongen eruit. Zo blijkt dat mannen, mensen met een migratie achtergrond en panelleden die bij aanmelding in een regionale instelling voor beschermd wonen dan wel psychiatrische instelling verbleven minder vaak mee doen aan peilingen. Er is geen significant verschil gemeten in respons qua leeftijd en mentale gezondheid (Place & Hulsbosch, 2016). Ook in de dataset van de negende peiling zijn vrouwen ( $n = 716$ ) significant over gerepresenteerd ( $\chi^2(1, N = 1108) = 94.744, p < .001$ ).

### **3.3 Operationalisatie**

#### **3.3.1 Afhankelijke variabele**

*Subjectieve kwaliteit van leven* - De afhankelijke variabele subjectieve kwaliteit van leven is gemeten via een aangepaste versie van het Limburg Quality of Life (LQOL) instrument. De LQOL bestaat uit een vijftal vragen, die gaan over vier leefdomeinen en het leven als geheel. De vier domeinen zijn: 'woonsituatie', 'sociale contacten', 'psychische gezondheid' en 'lichamelijke gezondheid' (Delespaul

et al., 2008). De domeinen 'dagelijkse bezigheden' en 'financiële situatie' aan de vragenlijst toegevoegd. Voorgaand onderzoek heeft aangetoond dat de EPA doelgroep verschilt van de rest van de samenleving binnen deze domeinen (Chang, 2015; Lehman, 1982). De structuur van de vragen wat betreft de domeinen is identiek ("Hoe tevreden bent u met uw ...?"). De respondenten geven op een 7-punt Likertschaal hun antwoord aan, lopend van 1 (helemaal niet tevreden) tot 7 (zeer tevreden). Het item over het leven als geheel zal als volgt uitgevraagd worden: "Hoe goed ervaart u op dit ogenblik uw leven als geheel?". Net als bij de domeinen geven de respondenten hun antwoord op een 7-punt Likertschaal aan, lopen van 1 (slecht) tot 7 (goed).

De verdere operationalisatie is voor een gedeelte afhankelijk van de resultaten van de factoranalyse (zie 3.5 analyse). Het resultaat van de analyse zal uitwijzen welke domeinen van belang zijn voor kwaliteit van leven. Het gemiddelde van de meegenomen variabelen zal vervolgens gebruikt worden in de analyses. Een hogere score indiceert een betere subjectieve kwaliteit van leven.

### **3.3.2 Onafhankelijke variabele**

*Zelfmanagement* - Voor het meten van de onafhankelijke variabele is er gebruikt gemaakt van vragen afkomstig uit de Nederlandse Empowerment Lijst (NEL) (Boevink et al., 2008). Dit instrument is door het Trimbos Instituut ontwikkeld voor de Nederlandse context. De NEL dient de mate van empowerment te meten van de respondent. Van de vragenlijst is zelfmanagement een subschaal. In tegenstelling tot vele andere instrumenten heeft de NEL het voordeel dat het zelfmanagement kan meten vanuit het perspectief van de respondent.

Zelfmanagement is gemeten door de respondenten vijf stellingen voor te leggen: "Ik weet mijn grenzen te trekken", "Ik weet wat ik beter wel en niet kan doen", "Ik heb structuur in mijn leven", "Ik durf om hulp te vragen" en "Ik weet waar ik goed in ben". De respondenten konden op een 5-punt Likertschaal aangeven in hoeverre ze het eens waren met de stellingen, lopend van 1 (sterk mee oneens) tot 5 (sterk mee eens). De schaal heeft een goede betrouwbaarheid (Cronbach's  $\alpha = .791$ ). Het gemiddelde van de scores wordt meegenomen in de analyses. Waarbij een hoge score een hoge mate van zelfmanagement representeert.

*Zorgbehoeften* - De vraag van de onafhankelijke variabele zorgbehoefte luidt als volgt: "Op welke aspecten heeft u volgens u zorg en ondersteuning nodig van professionals en/of mensen uit uw eigen netwerk?". Hierbij is in een extra uitleg benadrukt dat het een behoefte betreft, waarbij het niet uitmaakt of men de zorg daadwerkelijk krijgt of niet. De vraag is uitgesplitst naar verschillende leefdomeinen. Per domein kan de respondent aangeven of ze hulp willen van 'alleen van professionals', 'alleen eigen omgeving', 'allebei' of 'geen van beide'. Om de interoperabiliteit te

vergroten, is ervoor gekozen om alleen domeinen te gebruiken voor de analyse die overeenkomen met de domeinen van de variabele kwaliteit van leven, afgezien van het leven als geheel. Het kwaliteit van leven domein woonsituatie heeft geen equivalent in deze vraag. Wel is er gevraagd naar behoefte aan ondersteuning bij het huishouden. Deze is in de analyses gebruikt als proxy voor woonsituatie. Bij enkele domeinen zijn er voorbeelden genoemd, om de respondent een idee te geven bij wat voor soort problemen ze mogelijk hulp verlangen. Zo is er bijvoorbeeld bij dagelijkse bezigheden aangegeven dat het kan gaan om problemen bij het vinden van dagbesteding / (on)betaald werk en bij financiële situatie dat het om schulden of problemen met de administratie kan gaan.

De antwoorden zijn uitgesplitst in één variabele voor behoeften naar zorg van een professional (behoefte professioneel) en één voor behoefte tot zorg uit het informele netwerk (behoefte informeel). Beide variabele zijn dichotoom en zijn voor elk domein apart gecreëerd. Als een respondent aangeeft zorg van beide te willen is deze zowel meegeteld bij behoefte professioneel als bij behoefte informeel. Uiteindelijk is de som van de behoefte op alle domeinen berekend om een totaalscore te krijgen voor behoefte professioneel en voor behoefte informeel. Hierbij geldt dat hoe hoger de totaalscore (met een range van 0 tot 6) is hoe meer zorgbehoeften een respondent heeft.

*Zorggebruik* - De onafhankelijke variabele zorggebruik is op dezelfde wijze uitgevraagd als zorgbehoeften, alleen luidde de vraag als volgt: "Waarbij en van wie krijgt u hulp of ondersteuning?". De operationalisatie is op exact dezelfde manier uitgevoerd als bij zorgbehoeften. Zo is per domein een dichotome variabele gecreëerd om weer te geven of de respondent zorg krijgt van professionals (gebruik professioneel) en of ze zorg krijgen vanuit het informele netwerk (gebruik informeel). Tevens zijn de totaalscores berekend met een reikwijdte van 0 tot 6, waarbij een hoge score meer zorggebruik representeert.

*Onvervulde behoeften, vervulde behoefte en mismatch* – Voor het operationaliseren van de onafhankelijke variabelen onvervulde behoefte, vervulde behoefte en mismatch is gebruik gemaakt van de variabele zorgbehoeften en zorggebruik. In totaal zijn er zes variabelen gecreëerd, drie voor behoeften professioneel en drie voor behoeften informeel. Een respondent kreeg een score op onvervulde behoefte wanneer deze aangaf zorg te willen, maar niet te krijgen. Voor een score op vervulde behoefte diende de respondent aan te geven zorg te willen en deze ook te ontvangen. In het geval van een mismatch ontvangt de respondent zorg waar geen behoefte aan is. Als het zorg van een professional betreft, krijgt de respondent een score op de variabele mismatch professioneel. Is het informele zorg dat men ontvangt dan krijgt diegene een score op mismatch informeel.

In eerste instantie zijn deze categorieën per domein gecreëerd. Uiteindelijk is de som van elk soort behoefte berekend om op een totaal score uit te komen. Dit resulteerde in zes totaalscores die uiteindelijk gebruikt zijn in de analyse. Theoretisch gezien hadden deze variabelen een reikwijdte lopend van 0 tot 6.

*Gender* - Bij aanmelding van het panel hebben de respondenten aangegeven wat hun geslacht is. Deze informatie is toegevoegd aan de gebruikte dataset.

### **3.3.3 Controle variabelen**

*Diagnose* – De diagnose van een persoon kan aanzienlijke invloed hebben op de kwaliteit van leven en iemands zelfmanagement vermogen (Cook et al., 2012). Om die reden is er voor gekozen om te controleren voor de diagnose van de respondent. Voor het operationaliseren van de variabele is gekozen om de respondenten in drie grofmazige categorieën in te delen. Dit is gedaan aangezien de data zelfrapportage betreft. De betrouwbaarheid van de antwoorden is daardoor niet te garanderen. Door een indeling te maken is getracht om het effect hiervan te verkleinen.

De respondent heeft bij het aanmelden voor het panel aan kunnen geven welke diagnose die persoon heeft volgens zijn of haar behandelaar. Respondenten hadden ten eerste de mogelijkheid om aan te geven of deze vraag voor hen van toepassing was of niet. Vervolgens waren er negen opties die de respondent aan kon kruisen en een ‘anders’ categorie. De opties psychose, schizofrenie en manisch depressief zijn gegroepeerd, gezien de overeenkomstige prevalentie van psychotische episodes (World Health Organization, 2001). Tevens zijn de opties angsten en depressie gegroepeerd. Deze twee diagnoses delen namelijk veel van dezelfde symptomen en worden in de onderzoek veelal samengevoegd (World Health Organization, 2001). De overig categorie bestaat uit de opties verslaving, autisme, persoonlijkheidsstoornissen en eetproblemen. Deze stoornissen zijn geclusterd om te voorkomen dat het aantal respondenten in deze categorie te klein werd.

Nadat de respondenten met een missende waarde uit het bestand waren verwijderd waren er 44 respondenten die de categorie ‘anders’ hadden aangekruist. Deze respondenten zijn één voor één bekeken en handmatig toegedeeld aan de passende categorie. Aandoeningen zoals schizo-affectieve stoornis, ADHD, PTSS en conversie stoornis werden frequent genoemd. 20 respondenten hadden echter geen aanvullend antwoord ingevuld. Deze zijn uit de dataset verwijderd waardoor missende waarden.

*Leeftijd* – De leeftijd van de respondent in jaren ten tijden van de peiling is meegenomen als controle variabele. Aangezien uit eerder onderzoek blijkt dat hoe ouder een persoon is, hoe hoger de kwaliteit van leven is (Plaisier & de Klerk, 2015). Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat

leeftijdsgroepen verschillen vertonen in hun zelfmanagementgedrag door bijvoorbeeld het verschil in levenservaring (Cook, Herold, Edidin & Briars, 2002).

*Opleidingsniveau* – Tenslotte is opleidingsniveau opgenomen als controle variabele. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een hogere opleiding zelfredzamer zijn en een hogere kwaliteit van leven hebben (Plaisier & de Klerk, 2015). Opleidingsniveau is geoperationaliseerd in een ordinale variabele, lopend van laag (weinig tot geen opleiding) tot hoog (wetenschappelijk onderwijs) in acht stappen.

### 3.4 Analyse

De eerste stap in dit onderzoek is bepalen of kwaliteit van leven goed gemeten wordt met de aanpassing van het LQOL instrument met de dimensies financiële situatie en dagelijkse bezigheden ( $\alpha = .05$ ). Er is gekozen om hiervoor een *Conformative Factor Analysis* (CFA) te doen. Het doel van een CFA analyse is het achterhalen van de latente factoren die de variatie en covariantie verklaren in een set indicatoren (Hoyle, 2000). Het voordeel van een CFA analyse is dat het gedreven wordt door de theorie. Vooraf is bepaald hoe de indicatoren samenhangen en welke factor er achter ligt, in dit geval subjectieve kwaliteit van leven. Ter controle zal de analyse tevens uitgevoerd worden op het instrument in zijn originele vorm. De analyse zal uitgevoerd worden in programma STATA 14.2. Dit programma heeft als voordeel dat de *modification indices* opgevraagd kunnen worden. Dit zijn suggesties om de *goodness-of-fit* te vergroten, mits dit vanuit de theorie verantwoord is. De daadwerkelijke fit zal bepaald worden door chi-square toets. Deze bepaalt in hoeverre de matrix van verwachte waarden overeen komt met de daadwerkelijke data (Hoyle, 2000).

Vanuit de theorie is het interessant om te kijken of mannen en vrouwen verschillen in de gemiddelde waarden van de variabelen. Met in het bijzonder de variabelen zelfmanagement, zorggebruik en het type behoeften. Aangezien alle variabelen van ratio meetniveau zijn zal via een t-toets ( $\alpha = .05$ ) de gemiddelden vergeleken worden van mannen en vrouwen (Field, 2013).

Om de relatie te testen tussen zelfmanagement en kwaliteit van leven, inclusief de mediatie van zorgbehoeften en de moderatie van gender is er een multiële regressie uitgevoerd ( $\alpha = .05$ ). Hierbij is gebruik gemaakt van de stapsgewijze methode van Baron en Kenny (1986). Deze methode heeft als voordeel dat het conceptuele model volledig getoetst wordt door stapsgewijs voor elk pad een regressie analyse te draaien, waardoor het mogelijk is om vast te stellen of werkelijk sprake is van een mediatie. Model 1 test alleen de moderatie van gender op de relatie van zelfmanagement en kwaliteit van leven. Hierbij is er gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau en diagnose. Model 2 test de mediatie van informele/professionele zorgbehoeften en -gebruik. Er zal gekeken worden of zelfmanagement een predictor is van de mediërende variabelen. Als laatste stap zal de interactie van

zelfmanagement en gender worden toegevoegd aan het model. Model 3 volgt hetzelfde principe als model 2, echter zijn in dit geval de type behoeften te mediërende variabelen. Om te testen of de indirecte effecten significant zijn zal er gebruik worden gemaakt van de Sobel-test (Sobel, 1982).

Voor zowel de bivariate analyses als de regressie analyses is er gebruik gemaakt van het statistische programma *SPSS PASW statistics 18*. Voor het testen van de mediatie en moderatie is er gebruik gemaakt van de speciaal hiervoor ontwikkelde plug-in genaamd *Process* (Hayes, 2013).

Tabel 1.  
*Beschrijvende statistieken van de afhankelijke, onafhankelijke en controle variabelen (N = 1108).*

	<i>Gemiddelde</i>	<i>S.D.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<b>Afhankelijke variabele</b>				
Kwaliteit van leven	4.547	1.237	1	7
<b>Onafhankelijke variabelen</b>				
Zelfmanagement	3.435	.726	1	5
Vrouw (man = 0)	.646	–	0	1
Totaal behoeften informeel	2.329	1.761	0	6
Totaal gebruik informeel	2.013	1.726	0	6
Totaal behoefte professioneel	2.941	1.741	0	6
Totaal gebruik professioneel	2.543	1.666	0	6
Onvervulde behoeften informeel	.877	1.135	0	6
Vervulde behoeften informeel	1.452	1.531	0	6
Mismatch informeel	.561	.561	0	6
Onvervulde behoeften professioneel	.802	1.063	0	6
Vervulde behoeften professioneel	2.139	1.637	0	6
Mismatch professioneel	.404	.711	0	4
<b>Controle variabele</b>				
Opleidingsniveau	5.63	1.822	1	9
Leeftijd	47.72	11.652	18	93
Schizofrenie, psychose & manische depressief	.465	–	0	1
Angsten & depressie	.648	–	0	1
Overig	.5	–	0	1

## 4. Resultaten

### 4.1 CFA analyse

Via een CFA analyse is gekeken of het Limburg Quality of life instrument kwaliteit van leven goed meet als deze wordt uitgebreid met de domeinen dagelijkse bezigheden en financiële situatie. In tabel 2 staan de resultaten van de CFA analyse weergegeven. Hierin is model 1 de aangepaste versie van het LQOL instrument en model 2 het originele instrument. In de tabel staan de gestandaardiseerde regressie coëfficiënten van kwaliteit van leven op de domeinen, de verklaarde variantie van het domein door de factor kwaliteit van leven en de testwaarden van het model weergegeven.

Kijkende naar model 1 is vast te stellen dat het model een slechte fit heeft met de waarde van de steekproef ( $\chi^2 (14, N = 1108) = 182.651, p < .001$ ). Dit betekent dat het model niet voldoende de variantie en covariantie – zoals deze voorkomt in de steekproef – reproduceert. Dit komt mogelijk door de steekproefgrootte. Bij een grote steekproefgrootte is de chi-kwadraat waarde al snel significant (Hu & Bentler, 1999). De *root mean square error of approximation* (RSMEA), *comparative fit index* (CFI) en *Tucker-Lewis index* (TLI) zijn tevens waardes waarmee de *goodness-of-fit* van het model bepaald kan worden. De vuistregel is hierbij dat de RMSEA dicht tegen de .06 of lager moet zitten, TLI en CFI moeten tegen de .95 of hoger zitten. In tegenstelling tot de chi-kwadraat zijn de TLI en CFI liberaal, wat betekent dat ze al snel een goede fit weergeven (Hoyle, 2000). Hierdoor moeten ze altijd in combinatie met chi-kwadraat en RSMEA waarden geïnterpreteerd worden. In het geval van model 1 geven deze waarde tevens aan dat het model een slechte fit heeft (RSMEA = .104, 90% CI [.091, .118]; CFI = .954, TLI = .931). In de tabel staat tevens weergegeven hoeveel van de variantie van de domeinen verklaard wordt door de achterliggende factor kwaliteit van leven. Een aanzienlijk gedeelte van de variantie van het domein 'leven als geheel', namelijk 82.3% wordt verklaard door kwaliteit van leven ( $R^2 = .823$ ). Dit geeft aan dat dit domein een goede indicator is voor het meten van kwaliteit van leven binnen deze schaal. Tevens valt de 66.6% verklaarde variantie van psychische gezondheid op ( $R^2 = .666$ ). Dit was echter te verwachten gezien de EPA doelgroep van het onderzoek.

Ter controle is de modificatie index bekeken, waarin wordt aangegeven hoeveel de chi-kwadraat waarde verkleint als de domeinen mogen correleren met elkaar. Als de domeinen sociale contacten en dagelijkse bezigheden met elkaar mochten correleren zou de chi-kwadraat waarde aanzienlijk verbeteren ( $MI = 64.117, p < .001$ ). Uit eerder onderzoek is namelijk gebleken dat iemands dagelijkse activiteiten invloed hebben op de hoeveelheid sociale contacten (Hawkley et al., 2008), wat het verantwoord maakt om deze domeinen te laten correleren. Door de domeinen met elkaar te laten



correleren verbeterde de fit gedeeltelijk kijkende naar de TLI en CFI waarden, maar over het geheel had het model een slechte fit met de data van de steekproef ( $\chi^2 (13, N = 1108) = 120.265, p < .001$ ; RSMEA = .086, 90% CI [.073, .101]; CFI = .971; TLI = .953).

Ter controle is er een CFA analyse uitgevoerd met alleen de domeinen van het originele LQOL instrument (model 2). Dit model heeft tevens een slechte fit met de data ( $\chi^2 (5, N = 1108) = 66.4, p < .001$ ); RSMEA = .105, 90% CI [.048, .129]; CFI = .974; TLI = .948). Uit de modificatie index was er geen correlatie optie die relatief aanzienlijk meer verklaarde dan de andere opties. Geen van de opties had een daarnaast een groter inhoudelijk belang dan de andere opties. Het model is daarom niet aangepast. Opvallend is dat ook in dit model de variantie van het domein leven als geheel voor een groot gedeelte verklaard wordt door de factor kwaliteit van leven ( $R^2 = .844$ ).

Tabel 2.

*Resultaten CFA analyse met de factor kwaliteit van leven (N = 1108).*

	Model 1			Model 2		
	LQOL aanpassing			LQOL origineel		
	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )	$R^2$	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )	$R^2$
Woonsituatie	.556 <sup>***</sup>	(.022)	.309	.538 <sup>***</sup>	(.023)	.29
sociale contacten	.68 <sup>***</sup>	(.018)	.462	.649 <sup>***</sup>	(.019)	.421
Dagelijkse bezigheden	.774 <sup>***</sup>	(.014)	.598			
Financiële situatie	.538 <sup>***</sup>	(.023)	.29			
Psychische gezondheid	.816 <sup>***</sup>	(.012)	.666	.829 <sup>***</sup>	(.012)	.689
Lichamelijke gezondheid	.638 <sup>***</sup>	(.019)	.407	.636 <sup>***</sup>	(.02)	.405
Leven als geheel	.907 <sup>***</sup>	(.008)	.823	.919 <sup>***</sup>	(.01)	.844
$\chi^2$	182.651 <sup>***</sup>			66.4 <sup>***</sup>		
RMSEA	.104 <sup>***</sup>			.105 <sup>***</sup>		
CFI	.954			.974		
TLI	.931			.948		

*Noot.* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Aangezien geen van de modellen een goede fit heeft met de data van de steekproef is besloten beide niet te gebruiken voor de afhankelijk variabele. In plaats daarvan wordt het domein 'leven als geheel' gebruikt. In tegenstelling tot de andere domeinen, omvat dit alle aspecten van het leven. Op conceptuele gronden gaat daarom de voorkeur uit naar het gebruik van dit domein als afhankelijk variabele, om zo ruis te voorkomen in de resterende analyses.

#### 4.2 Bivariate analyses

Op basis van de theorie was de verwachting dat mannen en vrouwen van elkaar zouden verschillen in bijvoorbeeld kwaliteit van leven of zorggebruik. Om dit te toetsen is nagegaan of hun gemiddelde waarden op de relevante variabelen verschilden. Voor het analyseren van het verschil is als eerste gecontroleerd of de variabelen aan de assumpties van de t-test analyse voldeden. De normaal

verdeling van scores is in eerste instantie gecontroleerd door middel van een visuele inspectie van de histogrammen. Daaruit bleek alle mediërende variabelen en kwaliteit van leven mogelijk niet aan de assumptie voldeden. Vervolgens is dit onderzocht door de Kolomogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk statistieken op te vragen. Deze testen controleren in hoeverre de verdeling van scores afwijken van een perfecte normaal verdeling. Hieruit bleek dat alle variabelen, afgezien van zelfmanagement, voor zowel mannen en vrouwen significant van een normaal verdeling afweken (zie appendix A). Aangezien de vorm van de histogrammen van beide groepen er hetzelfde uitzagen is besloten om voor deze variabelen een Mann-Whitney U test uit te voeren. Deze test heeft namelijk niet de voorwaarde dat de scores normaal verdeeld moeten zijn.

Voor de variabele zelfmanagement is er een t-test analyse uitgevoerd (zie overzicht van gemiddeldes in appendix B). De verwachting was dat mannen op zelfmanagement een hoger gemiddeld score hadden dan vrouwen. Uit de t-test bleek inderdaad dat op zelfmanagement mannen ( $\bar{x}_{\text{man}} = 3.509$ ) een significant hoger gemiddelde score hebben dan vrouwen ( $\bar{x}_{\text{vrouw}} = 3.395$ ) ( $t(1106) = 2512, p = .012$ ). Er is geen significant verschil gevonden in kwaliteit van leven tussen mannen en vrouwen.

Er is geen significant verschil gevonden in het aantal zorgbehoeften dat mannen en vrouwen hebben, of het gebruik van zorg. Kijkend naar het typen behoefte is er alleen een verschil te zien bij vervulde behoeften professioneel. Daaruit is op te maken dat vrouwen ( $\bar{x}_{\text{vrouw}} = 2.211$ ) gemiddeld genomen meer vervulde behoeften aan professionele zorg hebben dan mannen ( $\bar{x}_{\text{man}} = 2.001$ ) ( $U = 129889, z = -2.088, p = .037$ ).

### **4.3 Regressie analyses**

Door middel van regressie analyses is de relatie tussen zelfmanagement, zorgbehoeften en kwaliteit van leven en hoe deze verschilt voor mannen en vrouwen onderzocht. Er zijn hiervoor drie modellen opgesteld. Model 1 kijkt naar de directe relatie tussen kwaliteit van leven en de interactie met gender. Dit is vervolgens uitgebreid in model 2 door de mediërende variabelen totaal zorgbehoeften en gebruik mee te nemen. Ten slotte is in model 3 gekeken naar de type zorgbehoeften als mediërende variabelen.

#### **4.3.1 Assumpties**

Vooraf aan het analyseren is gekeken of de drie modellen voldoen aan de assumpties van een regressie analyse. De eerste stap hierbij was het bepalen of er sprake was van outliers in model 1. 5% van alle cases mag een gestandaardiseerde residu waarde hebben die buiten de grenzen van +1.96 en -1.96 valt. 59 cases hebben zo'n waarde, proportioneel gezien is dat 5.3% van alle cases. Dit wijst op mogelijke outliers. Om te bepalen of er cases waren die onrechtmatig veel invloed

uitoefende op het mode is de *Cook's distance* bekeken. De vuistregel is dat een case uitgesloten mag worden van de analyse als de *Cook's distance* waarde groter is dan 1 (Field, 2013). Dit was bij geen van de cases het geval en dus zijn alle cases meegenomen de analyse.

Als tweede stap is er gekeken of model 1 voldeed aan de assumptie van lineariteit en homogeniteit. Dit is gedaan door een puntenwolk grafiek te controleren met de op de x-as de gestandaardiseerde voorspelde waarde en op de y-as de gestandaardiseerde residuen. Op basis van de grafiek kan gesteld worden dat aan beide assumpties is voldaan. Tevens is voldaan aan de assumptie van normaliteit, wat is vastgesteld door het inspecteren van de P-P plot. Tenslotte is er voldaan aan de voorwaarde van onafhankelijke residuen (Durbin-Watson = 1.904) en is er geen sprake van multicollineariteit (gemiddelde VIF = 1.138). Hetzelfde proces is uitgevoerd voor model 2 en 3. Net als model 1 voldeden beide modellen aan de assumpties. Tevens waren er geen outliers met onrechtmatig veel invloed op het model.

#### **4.3.2 Model 1**

De verwachting was dat zelfmanagement een positieve predictor zou zijn voor kwaliteit van leven, tevens zou dit effect sterker zijn voor mannen dan voor vrouwen. Dit is getest in model 1, waarvan de resultaten staan weergegeven in tabel 3. In model 1A is gekeken naar het directe effect van zelfmanagement op kwaliteit van leven. De resultaten geven weer dat zelfmanagement een significante positieve predictor is voor kwaliteit van leven ( $b = .98$ ,  $t(1100) = 17.357$ ,  $p < .001$ ). Aan de hand van de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt is te stellen dat zelfmanagement als predictor een sterk effect heeft op kwaliteit van leven ( $\beta = .454$ ). Wat betreft het voorspellen van de waarde van kwaliteit van leven is model 1A een significante verbetering dan de gemiddelde waarde van kwaliteit van leven ( $F(7, 1100) = 73.367$ ,  $p < .001$ ). Met een verklaarde variantie van 31.8 % verklaart het model een groot gedeelte van de variantie van kwaliteit van leven ( $R^2 = .318$ ).

In model 1B is de interactie tussen zelfmanagement en gender toegevoegd. De interactieterm is niet significant ( $b = .117$ ,  $t(1099) = 1.034$ ,  $p = .301$ ). Tevens heeft gender geen significant direct effect op kwaliteit van leven ( $b = -.318$ ,  $t(1099) = -.796$ ,  $p = .426$ ). Hieruit is op te maken dat het effect van zelfmanagement niet afhankelijk is van gender, wat tegen de verwachting in gaat. Het effect is gelijk voor mannen en vrouwen.

Tabel 3.

*Resultaten regressie analyse (basis) model 1 met als afhankelijke variabele kwaliteit van leven (N = 1108).*

	Model 1A		Model 1B	
	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )
Intercept	1.18	(.319)	1.439	(.406)
Zelfmanagement	.98***	(.056)	.117***	(.069)
Vrouw (man = 0)	.086	(.084)	-.318	(.4)
Vrouw*zelfmanagement			.117	(.113)
<i>Controle variabelen</i>				
Opleidingsniveau	.002	(.022)	.002	(.022)
Leeftijd	.008*	(.003)	.008*	(.003)
Schizofrenie, psychose & manisch depressief	.208*	(.09)	.211*	(.09)
Angsten & depressie	-.426***	(.088)	-.428***	(.088)
Overig	-.352***	(.087)	-.347***	(.088)
<i>R</i> <sup>2</sup>	.318		.319	

*Noot.* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

#### 4.3.3 Model 2

In model 2 zijn de variabelen totaal zorgbehoeften en totaal zorggebruik informeel/professioneel toegevoegd aan het model. De verwachting was dat zowel zorgbehoeften professioneel als informeel het effect van zelfmanagement op kwaliteit van leven zullen mediëren. Om te spreken van een mediatie dient er voldaan te zijn aan een aantal voorwaarden (Baron en Kenny, 1986). Als eerste dient de predictor een significante relatie te hebben met de afhankelijke variabele. De resultaten van model 1A laten zien dat dit inderdaad het geval is. De *b*-waarde van model 1A representeert het totale effect en is significant ( $b = .98$ ,  $p < .001$ ). De tweede voorwaarde is dat dit totale effect afneemt wanneer de mediërende variabelen worden toegevoegd. Dit is gedaan in model 2A in tabel 4. Hieruit blijkt dat de *b*-waarde van zelfmanagement afneemt met  $-.068$  ( $.98 - .912$ ), waardoor er aan deze voorwaarde is voldaan. Aangezien de *b*-waarde van zelfmanagement niet is gereduceerd tot nul is er sprake van een gedeeltelijke mediatie. Als laatste dient de predictor zelfmanagement een significante predictor te zijn van de mediërende variabelen en dienen de mediërende variabele significante voorspellers te zijn van de onafhankelijke variabele.

In model 2C en 2D is getoetst of zelfmanagement een significante predictor is van de mediërende variabelen (tabel 4). Voor zowel totaal behoeften informeel ( $b = -.248$ ,  $t(1100) = -3.287$ ,  $p < .001$ ) als totaal behoeften professioneel ( $b = -.351$ ,  $t(1100) = -4.813$ ,  $p < .001$ ) is zelfmanagement een significante negatieve predictor. Kijkend naar model 2A is vast te stellen dat de variabele totaal behoeften informeel geen significante voorspeller is voor kwaliteit van leven. Dit maakt dat er geen indirect effect van zelfmanagement naar kwaliteit van leven loopt via de variabele totaal behoeften

Tabel 4.

Resultaten regressie analyse model 2, met de mediërende variabelen zorgbehoeften en zorggebruik ( $N = 1108$ ).

	Model 2A		Model 2B	
	Kwaliteit van leven		Kwaliteit van leven	
	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )
Intercept	1.675	(.334)	1.951	(.414)
Zelfmanagement	.912 <sup>***</sup>	(.056)	.833 <sup>***</sup>	(.067)
Totaal behoeften informeel	-.01	(.029)	-.009	(.029)
Totaal gebruik informeel	.119 <sup>***</sup>	(.028)	.118 <sup>***</sup>	(.028)
Totaal behoeften professioneel	-.153 <sup>***</sup>	(.032)	-.155 <sup>***</sup>	(.032)
Totaal gebruik professioneel	-.002	(.032)	-.001	(.032)
Vrouw (man = 0)	.101	(.082)	-.33	(.391)
Vrouw*zelfmanagement			.124	(.11)
<i>Controle variabelen</i>				
Opleidingsniveau	-.005	(.021)	-.005	(.021)
Leeftijd	.007	(.003)	.007	(.003)
Schizofrenie, psychose & manische depressief	.177 <sup>*</sup>	(.089)	.179 <sup>*</sup>	(.089)
Angsten & depressie	-.380 <sup>***</sup>	(.086)	-.382 <sup>***</sup>	(.086)
Overig	-.264 <sup>**</sup>	(.086)	-.259 <sup>**</sup>	(.086)
$R^2$	.354		.354	
	Model 2C		Model 2D	
	Totaal behoeften informeel		Totaal behoeften professioneel	
	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )
Intercept	4.136	(.426)	4.815	(.411)
Zelfmanagement	-.248 <sup>***</sup>	(.075)	-.351 <sup>***</sup>	(.073)
<i>Controle variabelen</i>				
Vrouw (man = 0)	-.079	(.112)	.085	(.108)
Opleidingsniveau	.001	(.029)	-.056	(.028)
Leeftijd	-.023 <sup>***</sup>	(.005)	-.018 <sup>***</sup>	(.004)
Schizofrenie, psychose & manische depressief	.182	(.12)	.076	(.116)
Angsten & depressie	.243 <sup>*</sup>	(.117)	.354 <sup>**</sup>	(.113)
Overig	-.130	(.117)	.342 <sup>**</sup>	(.113)
$R^2$	.036		.078	

Noot. <sup>\*</sup>  $p < .05$ , <sup>\*\*</sup>  $p < .01$ , <sup>\*\*\*</sup>  $p < .001$

informeel. Daarentegen is totaal behoeften professioneel wel een negatieve significante voorspeller voor kwaliteit van leven ( $b = -.153$ ,  $t(1096) = -4.766$ ,  $p < .001$ ). Het indirect effect van zelfmanagement, lopend via totaal zorgbehoeften professioneel, op kwaliteit van leven is significant ( $b = .054$ , 95% BCa CI [.027, .093]). Tevens wordt dit onderstreept door de significantie van de Sobel test ( $p = .001$ ). Het indirecte effect, dat 6.9% van het effect van zelfmanagement verklaart, is te classificeren als een klein effect gezien de gestandaardiseerde waarde ( $\kappa^2 = .025$ , 95% BCa CI [.013,

.044]). In de praktijk houdt dit in dat als iemand een groot zelfmanagementvermogen heeft, die gene een kleiner aantal behoeften aan professionele zorg, wat positief is voor de kwaliteit van leven.

Uit model 2A (tabel 4) blijkt tevens dat de variabele totaal zorggebruik informeel een significante positieve voorspeller is voor kwaliteit van leven ( $b = .119$ ,  $t(1096) = 4.221$ ,  $p < .001$ ). Wanneer de directe effecten van alle mediërende variabelen met elkaar vergeleken worden is te zien dat het effect van totaal zorgbehoefte professioneel het sterkst is ( $\beta = -.17$ ), gevolgd door totaal zorggebruik informeel ( $\beta = .131$ ). Echter zijn beide het effect te classificeren als klein. Model 2A is een significante verbetering van het basis model (1A) ( $R^2_{change} = .035$ ,  $\Delta F(4, 1096) = 14.94$ ,  $p < .001$ ).

In model 2B is de interactie term van zelfmanagement en gender toegevoegd. Opnieuw is deze niet significant ( $b = .124$ ,  $t(1095) = 1.129$ ,  $p = .259$ ). Dit houdt in dat er geen verschil in het effect van zelfmanagement op kwaliteit van leven tussen mannen en vrouwen. Ook is er geen significant direct effect te vinden van gender op kwaliteit van leven ( $b = -.33$ ,  $t(1095)$ ,  $p = .398$ ).

#### **4.3.4 Model 3**

In model 3 zijn de typen zorgbehoefte (onvervuld, vervuld en mismatch) toegevoegd als mediërende variabelen. Als eerste is gekeken of zelfmanagement een significante predictor is van één van de type behoeften. De verwachting was dat er een negatieve relatie zou zijn met onvervulde zorgbehoefte. Kijkend naar de resultaten van modellen 3C en 3F (tabel 6) is te zien dat zelfmanagement inderdaad een significante negatieve predictor is voor zowel onvervulde zorgbehoefte informeel ( $b = -.270$ ,  $t(1100) = -5.268$ ,  $p < .001$ ) als voor onvervulde behoeften professioneel ( $b = -.264$ ,  $t(1100) = -5.869$ ,  $p < .001$ ). Tevens was er een positieve relatie tussen zelfmanagement en vervulde zorgbehoefte verwacht, hier is echter geen bewijs voor gevonden. Net als dat er geen bewijs is gevonden voor de verwachte afname in het aantal mismatches.

In model 3A (tabel 5) zijn alle directe relatie onderzocht. Het effect van zelfmanagement als predictor op kwaliteit van leven ( $b = .794$ ,  $p < .001$ ) neemt af met  $-.068$  in vergelijking met model 1A ( $.98 - .912$ ). 6.9% van het effect wordt gemedieerd, wat maakt dat er sprake is van een gedeeltelijke mediatie. Die mediatie vindt alleen plaats in het geval van onvervulde zorgbehoefte professioneel, aangezien deze een significant negatief effect heeft op kwaliteit van leven ( $b = -.192$ ,  $t(1094) = -4.556$ ,  $p < .001$ ). Het indirecte effect houdt in dat als het zelfmanagement vermogen van iemand toeneemt het aantal onvervulde behoeften naar professionele zorg afneemt, waardoor de kwaliteit van leven significant toeneemt ( $b = .051$ , 95% BCa CI [.026, .087]). Het effect is echter klein ( $\kappa^2 = .024$ , 95% BCa CI [.012, .04]). De significantie van het indirecte effect wordt ondersteund door de Sobel test ( $p < .001$ ).

Tabel 5.

Resultaten regressie analyse model 3, met de typen zorgbehoeften en kwaliteit van leven als afhankelijke variabele (N = 1108).

	Model 3A		Model 3B	
	<i>b</i>	(S.E.)	<i>b</i>	(S.E.)
Intercept	1.686	(.339)	1.97	(.418)
Zelfmanagement	.912***	(.056)	.83***	(.09)
Onvervulde behoeften informeel	.033	(.039)	.035	(.039)
Vervulde behoeften informeel	.102***	(.027)	.102***	(.027)
Mismatch informeel	.176***	(.045)	.176***	(.045)
Onvervulde behoeften professioneel	-.192***	(.042)	-.194***	(.042)
Vervulde behoeften professioneel	-.157***	(.027)	-.157***	(.027)
Mismatch professioneel	-.066	(.059)	-.065	(.059)
Vrouw (man = 0)	.095	(.082)	-.347	(.39)
Vrouw*zelfmanagement			.128	(.11)
<i>Controle variabelen</i>				
Opleidingsniveau	-.005	(.021)	-.005	(.021)
Leeftijd	.006	(.003)	.006	(.003)
Schizofrenie, psychose & manisch depressief	.183*	(.089)	.184*	(.089)
Angsten & depressie	-.381***	(.086)	-.383***	(.086)
Overig	-.266**	(.086)	-.26**	(.086)
$R^2$	.355		.456	

Noot. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Uit model 3A blijkt dat naast de onvervulde zorgbehoeften professioneel meerdere type behoeften een significant effect hebben op kwaliteit van leven. Zo hebben de variabelen vervulde behoeften informeel ( $b = .102$ ,  $t(1094) = 3.759$ ,  $p < .001$ ) en mismatch informeel ( $b = .176$ ,  $t(1094) = 3.883$ ,  $p < .001$ ) beide een positief effect op kwaliteit van leven. In beide gevallen betreft het een klein effect (vervuld:  $\beta = .099$ ; mismatch:  $\beta = .101$ ). Ook is er een significant negatief effect gevonden van vervulde behoeften professioneel op kwaliteit van leven ( $b = -.138$ ,  $t(1094) = -5.879$ ,  $p < .001$ ). Kijkende naar de gestandaardiseerde waarden blijkt dat van de mediërende variabelen vervulde zorgbehoeften professioneel relatief gezien het sterkste effect heeft ( $\beta = -.164$ ), gevolgd door onvervulde zorgbehoeften professioneel ( $\beta = -.13$ ). Echter zijn de effecten te classificeren als klein. Model 3A verklaart 35.5% van de variantie van kwaliteit van leven ( $R^2 = .355$ ). De toevoeging van de type behoeften verklaart 3.7% extra van de variantie in vergelijking met model 1A, wat de toevoeging significant maakt ( $R^2_{change} = .037$ ,  $\Delta F(6, 1094) = 10.518$ ,  $p < .001$ ).

In model 3B (tabel 5) is opnieuw de interactie term van zelfmanagement en gender opgenomen. Ook in dit model is de interactie niet significant ( $b = .029$ ,  $t(1093) = 1.158$ ,  $p = .274$ ). Ook nu is er geen significant direct effect van gender ( $b = -.347$ ,  $t(1093) = -.89$ ,  $p = .374$ ). Ondanks dat de toevoeging

van het type behoeften is er geen verschil in het effect van zelfmanagement op kwaliteit van leven tussen mannen en vrouwen.

Tabel 6.

*Resultaten regressie analyse relatie tussen zelfmanagement en mediërende variabelen van model 3 (N = 1108).*

	Model 3C		Model 3D		Model 3E	
	Onvervulde behoeften informeel		Vervulde behoeften informeel		Mismatch informeel	
	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )
Intercept	1.966	(.271)	2.17	(.37)	.279	(.221)
Zelfmanagement	-.27 <sup>***</sup>	(.048)	.022	(.065)	.067	(.039)
<i>Controle variabelen</i>						
Vrouw (man = 0)	-.033	(.071)	-.046	(.097)	.024	(.058)
Opleidingsniveau	-.01	(.018)	.011	(.025)	-.025	(.015)
Leeftijd	-.003	(.003)	-.02 <sup>***</sup>	(.004)	.004	(.002)
Schizofrenie, psychose & manische depressief	-.153 <sup>*</sup>	(.076)	.335 <sup>**</sup>	(.104)	.049	(.062)
Angsten & depressie	.132	(.075)	.111	(.102)	-.016	(.061)
Overig	.098	(.074)	-.229	(.101)	-.075	(.061)
<i>R</i> <sup>2</sup>	.059		.038		.014	
	Model 3F		Model 3G		Model 3H	
	Onvervulde behoeften professioneel		Vervulde behoeften professioneel		Mismatch professioneel	
	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )	<i>b</i>	( <i>S.E.</i> )
Intercept	1.827	(.254)	2.989	(.394)	.305	(.172)
Zelfmanagement	-.264 <sup>***</sup>	(.045)	-.087	(.07)	.029	(.03)
<i>Controle variabelen</i>						
Vrouw (man = 0)	-.093	(.067)	.178	(.103)	-.044	(.045)
Opleidingsniveau	.02	(.017)	-.076 <sup>**</sup>	(.027)	-.04	(.012)
Leeftijd	-.003	(.003)	-.015 <sup>***</sup>	(.004)	.004	(.002)
Schizofrenie, psychose & manische depressief	-.233 <sup>**</sup>	(.071)	.309 <sup>**</sup>	(.111)	.119	(.049)
Angsten & depressie	.05	(.07)	.305 <sup>**</sup>	(.108)	.0	(.047)
Overig	.052	(.07)	.29 <sup>**</sup>	(.108)	-.035	(.047)
<i>R</i> <sup>2</sup>	.062		.044		.031	

*Noot.* <sup>\*</sup> *p* < .05, <sup>\*\*</sup> *p* < .01, <sup>\*\*\*</sup> *p* < .001

Ter afsluiting van de resultaten dient stil gestaan te worden bij de effecten van de controle variabelen in alle modellen. De meeste variabelen laten het verwachte effect zien. Opvallend is dat opleidingsniveau in geen van de modellen significant is als controle voor kwaliteit van leven. Dit indiceert dat voor een respondent met een EPA zijn of haar kwaliteit van leven niet samenhangt met zijn of haar opleidingsniveau. Tevens valt op dat in de meeste modellen de variabele schizofrenie, psychose & manisch depressief een positief significant effect heeft op kwaliteit van leven. Dit houdt



in dat ten opzichte van de andere diagnose categorieën deze respondenten een hogere kwaliteit van leven ervaren.

## 5. Conclusie & discussie

De veranderingen in de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg van de afgelopen jaren waren de aanleiding van dit onderzoek. De Nederlandse overheid tracht door middel van het stimuleren van zelfmanagement de kwaliteit van leven van mensen met een EPA te verbeteren. Tevens wil ze de zorgkosten omlaag brengen. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat door in te zetten op zelfmanagement een bijdrage geleverd kan worden aan de subjectieve kwaliteit van leven van mensen met een EPA. Tevens neemt de behoefte aan professionele zorg af naarmate men hoger scoort op zelfmanagement. Het is mogelijk dat de zorgkosten in de toekomst zullen dalen als het zelfmanagementvermogen van de doelgroep vergroot wordt.

Een sterk punt van dit onderzoek is de steekproefpopulatie. Een aanzienlijk gedeelte van de steekproef leeft in een zelfstandige woonvorm. Het was geen vereiste dat de respondenten (nog) in behandeling waren. Andere onderzoeken werven vaak mensen via hulpverleningsorganisatie, waarmee ze een gedeelte van de algehele populatie uitsluiten van het onderzoek. Het beleid van de overheid is er juist op gericht om deze zelfstandig wonende groep te vergroten. Men stimuleert dat mensen meer op eigen kracht te doen. Het is daarom van toegevoegde waarde dat in dit onderzoek deze groep goed vertegenwoordigd is.

De steekproefpopulatie is uniek, maar dat kent ook een keerzijde. Aangezien veel respondenten in een zelfstandige woonvorm wonen is het aannemelijk dat de respondenten de benodigde vaardigheden om zelfstandig te kunnen wonen bezitten. Het is dus zeer goed mogelijk dat er sprake is van een bias in het onderzoek door de mate van zelfstandigheid. Men is immers in staat om zodanig goed om te gaan met de uitdagingen van de aandoening dat ze zelfstandig kunnen wonen, in tegenstelling tot veel andere mensen met een EPA. In het huidige onderzoek was het niet mogelijk om te controleren voor de mate van ondersteuning die men ontvangt. Mocht in de toekomst data van het panel opnieuw gebruikt worden voor onderzoek naar zelfmanagement dan is het advies om te controleren voor de mate van ondersteuning.

Een sterk punt wat betreft de praktijkrelevantie van dit onderzoek is dat er optimaal gebruik is gemaakt van het perspectief van de respondent zelf. Ondanks de nadelen die zelfrapportage met zich meebrengt, zoals een mindere betrouwbaarheid van sommige gegevens, is het voor het onderwerp van het onderzoek zeer gepast. Subjectieve kwaliteit van leven wordt sterk beïnvloed door iemands interpretatie van zijn of haar situatie. Het zou niet mogelijk zijn om dit goed te meten door enkel objectieve indicatoren. Aangezien de overheid de aankomende jaren flink zal inzetten op zelfmanagement, was het goed om te kijken naar hoe de mensen zelf de effecten ervaren.

## 5.1 Kwaliteit van leven

Het onderwerp van de eerste onderzoeksvraag was het Limburg Quality of Life (LQOL) instrument. Het doel was om te bepalen of het instrument kwaliteit van leven goed meet als het wordt uitgebreid met de domeinen 'financiële situatie' en 'dagelijkse bezigheden'. Het LQOL instrument is ontwikkeld om te dienen als een handzaam instrument om kwaliteit van leven te meten (Delespaul et al., 2008). De LQOL werd als valide gezien door de hoge correlatie die het had met het Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP) instrument, het instrument waar het is van afgeleid. De CFA analyse laat echter zien dat zowel het originele LQOL instrument, als de aangepaste versie kwaliteit van leven bij deze doelgroep niet goed meten. Waar de LQOLP recht doet aan het multidimensionale karakter, door acht domeinen op een verdiepende wijze te onderzoeken (Oliver, Huxley, Priebe & Kaiser, 1997), is de simplificering die leidde tot de LQOL te ver doorgevoerd. De vier indicatoren voor de afzonderlijke domeinen meten kwaliteit van leven niet goed. Uiteindelijk is er voor gekozen om alleen het domein 'leven als geheel' te gebruiken als afhankelijke variabelen. Op conceptueel niveau vertegenwoordigt dit domein namelijk alle facetten van het leven. Geconcludeerd kan worden dat als men een handzaam instrument nodig heeft om subjectieve kwaliteit van leven te meten, men zich het best kan beperken tot iemands tevredenheid met het leven als geheel.

## 5.2 Zelfmanagement

De tweede onderzoeksvraag richtte zich op de relatie tussen zelfmanagement en subjectieve kwaliteit van leven en of deze relatie verschilde voor mannen en vrouwen. Vanuit de theorie was de verwachting dat bij een groter zelfmanagementvermogen de subjectieve kwaliteit van leven groter zou zijn van een individu. Conceptueel gezien zou het een zeer sterke relatie moeten zijn, aangezien zelfmanagement het vermogen is om op een zodanige wijze om te gaan met de uitdagingen van de aandoening zodat het ten goede komt van de kwaliteit van leven (Barlow et al., 2001). Het resultaat van de regressieanalyses bevestigt deze verwachting. Zelfmanagement is een zeer sterke predictor voor kwaliteit van leven. Het is denkbaar dat het in het voordeel is voor iemand met een ernstig psychiatrische aandoening om zijn of haar zelfmanagementvermogen te ontwikkelen, aangezien dit mogelijk leidt tot een betere kwaliteit van leven.

De opzet van het onderzoek belemmert uitspraken van causaliteit. Het onderzoek is cross-sectioneel, waardoor het niet mogelijk is om inzicht te krijgen in hoeverre een toename in zelfmanagement daadwerkelijk leidt tot een verbetering in kwaliteit van leven. Voor de praktijk is juist dit vraagstuk zeer interessant. De vragenlijst van dit onderzoek is al eerder in een aangepaste

versie voorgelegd aan het panel. Voor vervolgonderzoek is het interessant om deze metingen te koppelen om meer inzicht te krijgen in de causale werking van de concepten.

Er is geen bewijs gevonden dat het effect van zelfmanagement op kwaliteit van leven tussen mannen en vrouwen verschillend is. De verwachting was dat het effect van zelfmanagement op kwaliteit van leven sterker zou zijn voor mannen dan voor vrouwen. Het gedrag dat hoort bij zelfmanagement past zeer goed bij de mannelijke genderrol, waardoor de genderrol voor mannen juist bekrachtigend zou werken en voor vrouwen onderdrukkend (Matud, Bethencourt, & Ibáñez, 2014). Er is geen bewijs voor dit mechanisme gevonden. Een alternatieve verklaring is dat Nederland een individualistische samenleving is (Oyserman & Lee, 2008). Het is denkbaar dat het hierdoor voor vrouwen acceptabel is om zich te richten op hun eigen ziekteproces, in plaats van op de ander. Opvallend is dat er wel een verschil is gevonden tussen mannen en vrouwen in hun gemiddelde zelfmanagementscore. Dit wijst er op dat de genderrol mogelijk wel degelijk een bekrachtigend effect heeft voor mannen, maar dan in de ontwikkeling van het zelfmanagementvermogen in plaats van in de uiting. Potentieel gezien maken mannen zich het sneller eigen doordat de maatschappij dit zelfmanagementgedrag van hen verwacht.

### **5.3 Zorgbehoeften en zorggebruik**

De intentie van de derde onderzoeksvraag was achterhalen in hoeverre de relatie tussen zelfmanagement en kwaliteit van leven wordt verklaard door (onvervulde) zorgbehoeften. De resultaten laten zien dat er één significant mediërend effect is, te weten het effect van behoefte tot professionele zorg, in het bijzonder onvervulde behoefte. Bij een groter zelfmanagement vermogen heeft men minder behoeften aan professionele zorg, wat positief is voor iemands kwaliteit van leven. Het antwoord op de derde onderzoeksvraag is dus dat het positieve effect van zelfmanagement bij mensen met een EPA gedeeltelijk verklaard wordt door de afname in behoeften aan professionele zorg. Met het oog op de doelen van de rijksoverheid zouden professionals er goed aan doen om het zelfmanagementvermogen te bevorderen bij mensen met een EPA, aangezien dit op langere termijn eventueel de behoeften tot professionele zorg kan verminderen.

Vanuit de theorie was niet duidelijk te stellen wat het effect zou zijn van zelfmanagement op het aantal zorgbehoeften. De resultaten laten een duidelijk negatief effect zien. Wanneer iemands zelfmanagementvermogen groot is heeft diegene minder behoefte aan zowel professionele zorg als zorg uit het informele netwerk. Opvallend is dat het aantal vervulde zorgbehoeften niet lijkt toe te nemen bij een groter zelfmanagementvermogen. Dit in combinatie met de afname in onvervulde zorgbehoeften wijst er op dat zelfmanagement er niet voor zorgt dat men beter in staat is om

passende zorg te organiseren, het zorgt er voor dat men minder behoeften heeft. Mogelijk zijn deze behoeften dankzij het zelfmanagementvermogen niet ontwikkeld.

Het krijgen van zorg heeft een positief verband met kwaliteit van leven. In het geval van gebruik van professionele zorg is er geen direct bewijs gevonden dat het positief is voor iemands kwaliteit van leven. Echter blijkt dat een vervulde behoefte tot professionele zorg een minder sterk negatief effect heeft dan een onvervulde behoefte. Op basis hiervan is te concluderen dat het krijgen van professionele zorg wel degelijk positief is voor iemands kwaliteit van leven. Op zichzelf heeft het hebben van een groot aantal zorgbehoeften een negatief effect op kwaliteit van leven, dit sluit aan bij de bevindingen van Wiersma en van Busschbach (2001).

In het geval van zorg uit het informele netwerk is er een positieve relatie van zorggebruik met iemands kwaliteit van leven, ongeacht of er sprake is van een behoefte. Er is geen bewijs gevonden dat het hebben van een behoefte tot zorg uit het informele netwerk een negatief verband heeft met iemands kwaliteit van leven. Ook niet als deze onvervuld zijn. Wel bleek dat het hebben van vervulde zorgbehoeften en een mismatch wat betreft zorg uit het informele netwerk positief waren voor iemands kwaliteit van leven. Het missen van zorg uit het informele netwerk heeft dus geen wezenlijk effect op iemands kwaliteit van leven, maar het krijgen ervan is in ieder geval positief.

Uit de bivariate analyses kwam naar voren dat er een significant verschil zit in het gemiddelde aantal vervulde behoeften tot professionele zorg tussen mannen en vrouwen. Vrouwen hadden gemiddeld meer vervulde behoeften dan mannen. De verwachting daarentegen was dat vrouwen meer vervulde zorgbehoeften zouden hebben, aangezien het voor hen passend is vanuit hun genderrol om sneller zorg te gebruiken. Mannen dienen zich onafhankelijk op te stellen en vragen hierdoor mogelijk minder snel hulp (Hegelson, 1994). Vrouwelijke relaties kenmerken zich door interdependentie, wat past bij de rol van een patiënt (Hegelson, 1994; Matud, Bethencourt, & Ibáñez, 2014). De bevindingen van dit onderzoek zijn een mogelijk bewijs voor dit mechanisme.

In dit onderzoek is onderscheid gemaakt tussen behoeften en gebruik van professionele zorg en zorg geboden door het informele netwerk. Dit onderscheid wordt in veel onderzoek niet gemaakt. Aangezien de overheid het gebruik van professionele zorg wil afremmen en het gebruik van zorg uit het informele netwerk wilt stimuleren door in te zetten op zelfmanagement, is het van toegevoegde waarde om dit onderscheid te maken. Dit blijkt ook uit de verschillende effect van behoeften tot professionele zorg en zorg uit het informele netwerk. Mogelijk komt dit doordat men eerder geneigd is om zorg van een professional te willen als de noodzaak groot is. Een limitatie van de vragenlijst was dat de intensiteit van een behoefte niet is gemeten. Het is zeer goed mogelijk dat als men een

behoefte heeft tot zorg uit het informele netwerk en er sprake is van een relatief grote intensiteit, het wel degelijk een negatief effect heeft op de kwaliteit van leven. Met de beschikbare data was het nu niet mogelijk om dit in overweging te nemen. Voor toekomstig onderzoek is het maken van het onderscheid tussen professioneel en informeel, gekoppeld met een meting van de intensiteit van de behoefte, aan te raden.

## 6. Beleidsaanbeveling

Beleid op het gebied van zelfmanagement is complex. De aanleiding voor dit onderzoek kwam voort uit de veranderingen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (TK, 2013/2014a). In 2015 is deze wet aangepast en zijn meer verantwoordelijkheden, met name voor de GGZ, overgeheveld naar de gemeente. De wet draagt de intentie van de rijksoverheid uit om zelfmanagement te implementeren, echter is het aan de gemeente om dit te realiseren (TK, 2013/2014a). De verschillen tussen gemeenten die hierdoor konden ontstaan was voor een gedeelte van de bevolking een reden tot bezorgdheid (Ridder, den Draak, van Houwelingen, Dekker, 2014). Deze bezorgdheid was niet ongegrond, aangezien er nu sprake is van een complex gefragmenteerd beleidsveld door de decentralisatie.

Dit onderzoek heeft aangetoond dat mensen met een ernstig psychiatrische aandoening gebaat kunnen zijn bij zelfmanagement. Door middel van zelfmanagement wilt de overheid de kwaliteit van leven verhogen van de EPA doelgroep en de algehele zorgkosten verlagen. Om deze doelen te realiseren dient zelfmanagement landelijk geïmplementeerd te worden. Eén van de structuren in de Nederlandse GGZ die gelijk is per gemeente is de aanwezigheid van een praktijk ondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ). Dit zijn zorgprofessionals met specialistische kennis van de GGZ. 95% van de huisartsen werkt samen met een POH-GGZ (Lambregtse, 2016). Het is een functie die nog in ontwikkeling is, waardoor er nog vele kansen liggen. De Landelijke Vereniging POH-GGZ heeft de verantwoordelijkheid op zich genomen om de functie verder te ontwikkelen de kwaliteit te waarborgen (poh-ggz.nl, 2016). Om die reden doe ik een oproep aan de Landelijke Vereniging POH-GGZ om zelfmanagement een vereist onderdeel te maken van het kwaliteitsregister van de POH-GGZ.

### 6.1 Gevolgen van beleidsveranderingen

Er is een toenemende druk op huisartsen wat betreft de zorg voor mensen met ernstig psychiatrische problematiek. Naast de decentralisatie van de Wmo zijn er meerdere beleidsveranderingen gaande die de zorg voor mensen met een EPA beïnvloeden. Zo hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland en andere instanties in 2012 een gezamenlijk bestuurlijk akkoord ondertekend (GGZ Nederland, 2012). Daarin stond vastgelegd dat in 2020 het aantal intramurale behandelplekken met een derde moet zijn afgenomen ten opzichte van 2008. Dit houdt in dat steeds meer mensen met een EPA in hun eigen omgeving behandeld worden. Juist deze groep is gebaat bij een goed zelfmanagementvermogen, zo blijkt uit dit onderzoek.

De zorg voor mensen met een EPA valt niet onder de verantwoordelijkheid van de praktijk ondersteuner. Het is aan hen om de huisarts ondersteunen bij het doorverwijzen naar de specialistische GGZ. Dit blijkt in de praktijk problematischer dan verwacht. De zorglast op de huisartsen neemt toe door problemen in het doorverwijzingsproces van mensen met complexe psychische problemen. In 2016 heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging een peiling gehouden onder 1406 huisartsen (Lambregtse, 2016). 80% van de huisartsen gaf daarin aan steeds meer patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ over te nemen. Huisartsen lopen daarnaast vaak tegen lange wachtlijsten aan in de gespecialiseerde GGZ (64%) en velen van hen voelt zich niet bekwaam genoeg om de zorg van complexe gevallen op zich te nemen (46%). De praktijk ondersteuner heeft deze kennis en ervaring wel, al dan niet met beperkte bevoegdheden in vergelijking met de huisarts. De peiling onderstreept hiermee het belang van de POH-GGZ.

## **6.2 Ontwikkelingen in zelfmanagement**

Het voornemen van de rijksoverheid om zelfmanagement te implementeren is al aanwezig sinds 2007 (TK, 2007/2008). In eerste instantie werd de implementatie bemoeilijkt door de substantieve complexiteit van het begrip, wat inhoudt dat er discussie was over wat zelfmanagement precies is (Klijn & Koppenjan, 2016). Tevens waren er toentertijd twijfels over de effectiviteit van zelfmanagement. Het ging hierbij om zelfmanagement bij alle chronische aandoeningen, waaronder psychische problematiek. In 2008 is de Programmatische Aanpak Chronische Ziekten gestart (TK, 2007/2008). Dit ging gepaard met een grootschalig onderzoek om de effectiviteit van zelfmanagement te bepalen en een werkzame definiëring vast te leggen. Door dit onderzoek is de substantieve complexiteit opgelost, er is nu een landelijk geldende definitie wat zelfmanagement precies is (LPGGz, 2015).

Een onderdeel van het grootschalig onderzoek was een zogenoemde proeftuin. Een experiment waarin werd gekeken of de POH-GGZ gebaat is bij het gebruik van zelfmanagement. De resultaten hiervan laten zien dat de tevredenheid van de geboden zorg bij zowel de POH-GGZ als cliënten toeneemt, als men aandacht besteedt aan het zelfmanagement vermogen van de cliënt. Op basis van onder meer deze resultaten heeft Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016) meerdere beleidsadviezen gegeven, waaronder dat er verdere scholing nodig is in de sector in de principes van zelfmanagement. Men weet er op dit moment nog te weinig vanaf.

## **6.3 Advies**

Door de verregaande veranderingen in de GGZ is het des te belangrijker om het zelfmanagementvermogen te stimuleren bij mensen met een EPA. Dit onderzoek heeft laten zien dat



er een verband is tussen een goed zelfmanagement vermogen, lagere zorgbehoeften en een hogere kwaliteit van leven. Dit kan als een aanwijzing gezien worden dat door in te zetten op zelfmanagement op de langere termijn de overheid zijn doelen mogelijk kan behalen. Dit moet landelijk worden aangepakt, wat kan door een beroep te doen op de POH-GGZ. De Landelijke Vereniging POH-GGZ heeft de mogelijkheid om scholing in zelfmanagement verplicht te maken voor de POH-GGZ. Dit kunnen ze doen door het een vereist onderdeel te maken van het kwaliteitsregister.

Het is voor de POH niet mogelijk om een expert te worden in zelfmanagement in een korte tijd. Dit advies heeft dat ook niet als doel. Mensen met een EPA vereisen veelal specialistische zorg en zullen daarom zeer waarschijnlijk doorverwezen worden. Echter loopt men vaak tegen lange wachtlijsten aan (Lambregtse, 2016). Zelfs al ziet de POH-GGZ de cliënt voor een beperkte periode, kan het voordelig zijn om aan het zelfmanagementvermogen te werken. Dit onderzoek laat zien dat bijvoorbeeld het hebben van structuur in het leven en het hebben van vertrouwen in zijn of haar vaardigheden in relatie staan met minder (onvervulde) zorgbehoeften en hogere kwaliteit van leven. Als de POH-GGZ zich onder meer op deze punten richt wordt de persoon met een EPA mogelijk zodanig gesterkt dat de wachttijd goed te overbruggen is.

Als zelfmanagement een verplicht onderdeel wordt van het kwaliteitsregister zal het in de praktijk zal neer komen op een periodiek herhaalde cursus en mogelijk supervisie bijeenkomsten met collega's. Gezien de functie-eisen van de POH (bijv. vooropleiding) is er van uit te gaan dat de POH de benodigde hulpverleningsvaardigheden al bezit om het zelfmanagementvermogen te stimuleren. De cursus en supervisiebijeenkomsten dienen er voor om de POH-GGZ bewust te maken van zijn of haar handelen en de aandacht te leggen op zelfmanagement.

De slagkracht van de POH-GGZ is misschien klein door zijn beperkte bevoegdheden en korte behandel periode. Hoe dan ook laten de resultaten van het onderzoek van de Programmatische Aanpak Chronische Ziekte (LPGGz, 2015) zien dat de tevredenheid van de geboden zorg toeneemt als er ingezet wordt op zelfmanagement.

Dit advies zal niet de oplossing zijn voor de problemen in de GGZ. Daar is een verdere structurele aanpak voor nodig. Dit advies is bedoeld als een stap in de goede richting. Zelfmanagement kan op de lange termijn grote voordelen hebben. De politiek herkent al jaren de potentie van zelfmanagement, het is nu aan de sector om deze wil om te zetten in daden.

## Referenties

- Abrantes, P. (2013). Opening the black box of socialization: emotions, practices and (biographical) identities. *International Journal of Sociology and Anthropology*, 5(9), 391.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 51(1), 95-124.
- Ajoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony?. *Patient education and counseling*, 66(1), 13-20.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187.
- Becker, T., Leese, M., Krumm, S., Ruggeri, M., Vázquez-Barquero, J. L., & EPSILON Study Group. (2005). Needs and quality of life among patients with schizophrenia in five European centres. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(8), 628-634.
- Boevink, W., Kroon, H., & Giesen, F. (2008). De Nederlandse empowerment vragenlijst. *Utrecht, The Netherlands: Trimbos-instituut*.
- Boevink, W. A., Wolf, J. R. L. M., Van Nieuwenhuizen, C., & Schene, A. H. (1995). Kwaliteit van leven van langdurig van ambulante zorg afhankelijke psychiatrische patiënten: een conceptuele verkenning. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37(2), 97-110.
- Chang, F. H. (2015). What are individuals with serious mental illness (SMI) dealing with in a competitive labor market? Two case studies. *Work*, 51(2), 301-305.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L. A., Grey, D. D., ... & Boyd, S. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 881-891.

- Cook, S., Herold, K., Edidin, D. V., & Briars, R. (2002). Increasing problem solving in adolescents with type 1 diabetes: the choices diabetes program. *The Diabetes Educator*, 28(1), 115-124.
- Davidson, L. (2005). Recovery, self-management and the expert patient—changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*, 14(1), 25-35.
- Delespaul, P. H., & De Consensusgroep, E. P. A. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438.
- Delespaul, P. H., Gunther, N., Drukker, M., Commissaris, K., Driessen, G., Bak, M., Daal, M. van, Strouken, M., Roelofs, E., Mengelers, R., Janssen, R. & Os, J. van (2008). *Zorgmonitor Zuid-Limburg. Instrument voor vraaggerichte Geestelijke Gezondheidszorg voor de hulpverlening en het management*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht. ISBN: 978-90-5278-712-1.
- Emons, P., Wester, F., & Scheepers, P. (2010). “He Works Outside the Home; She Drinks Coffee and Does the Dishes” Gender Roles in Fiction Programs on Dutch Television. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 54(1), 40-53.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage.
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., Tremblay, J., Schmitz, N., & Caron, J. (2013). Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 92.
- GGZ Nederland (2012). *Administrative agreement on the future of mental health care 2013- 2014*. Geraadpleegd op 20 juni 2017 via <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/National%20Agreement%20on%20the%20Future%20of%20Mental%20Health%20Care.pdf>
- Greenhalgh, T. (2009). Chronic illness: beyond the expert patient. *BMJ: British Medical Journal*, 338(7695), 629-631.
- Hasson-Ohayon, I., Walsh, S., Roe, D., Kravetz, S., & Weiser, M. (2006). Personal and interpersonal perceived control and the quality of life of persons with severe mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(7), 538-542.
- Hawkey, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago

- health, aging, and social relations study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), S375-S384.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Helgeson, V. S. (1994). Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential explanations. *Psychological bulletin*, 116(3), 412.
- Hoof, F. van, Knispel, A., Hulsbosch, L., Place, C., Muusse, C. Vugt, M. van, Planije, M., Michon, H. & Kroon, H. (2016). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoyle, R. H. (2000). Confirmatory factor analysis. *Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling*, 465-497.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Jongebreur, W., Schipper, M., Vunderink, L. & Zwanepol, M. (2015). *Het in beeld brengen van kwaliteit van leven in de geestelijke gezondheidszorg. Inventarisatie van het gebruik van methoden die kwaliteit van leven meten in de langdurige geestelijke gezondheidszorg*. Barneveld: Significant.
- Klijn, E.H. & Koppenjan, J. (2016). *Governance networks in the Public sector*. New York: Routledge (ISBN: 9780415707015)
- Kralik, D., Koch, T., Price, K., & Howard, N. (2004). Chronic illness self-management: Taking action to create order. *Journal of clinical nursing*, 13(2), 259-267.
- Kroon, H., Theunissen, J. V., Van Busschbach, J., Raven, E. M. I. E., & Wiersma, D. (1998). Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten in Nederland: conclusies uit regionale prevalentiestudies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 199-211.
- Kuin, Y., Pot, A. M., & Vink, M. T. (2007). *Handboek ouderenpsychologie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Lambregtse, C. (2016) Weer langere wachtlijst voor ggz-patiënt. *LHV de dokter*, 8-12.
- Lehman, A. F., Ward, N. C., & Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *The American Journal of Psychiatry*.
- LPGGz (2015). *Zelfmanagement en passende zorg*. Eindrapportage. Amersfoort: LPGGz.
- Lorig, K. (2003). Self-management education: more than a nice extra. *Medical Care*, 41(6), 699-701.

- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine, 26*(1), 1-7.
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2014). Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and Individual Differences, 70*, 206-211.
- Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D., & Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring?. *BMJ: British Medical Journal, 316*(7130), 542.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2016). *Generieke Module. Zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet, 364*(9444), 1523-1537.
- Ojeda, V. D., & Bergstresser, S. M. (2008). Gender, race-ethnicity, and psychosocial barriers to mental health care: An examination of perceptions and attitudes among adults reporting unmet need. *Journal of Health and Social Behavior, 49*(3), 317-334.
- Oliver, J. P. J., Huxley, P. J., Priebe, S., & Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 32*(2), 76-83.
- Oyserman, D., & Lee, S. W. (2008). Does culture influence what and how we think? Effects of priming individualism and collectivism. *Psychological bulletin, 134*, 311.
- Petkari, E., Mayoral, F., & Moreno-Küstner, B. (2017). Gender matters in schizophrenia-spectrum disorders: Results from a healthcare users epidemiological study in Malaga, Spain. *Comprehensive Psychiatry, 72*, 136-143.
- Place, C., Hulsbosch, L. & Michon, H. (2014). *Representativiteit panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Place, C. & Hulsbosch, L. (2016). *Leefsituatie en ervaringen met zorg van mensen met langdurige psychische problemen*. Nieuwe bevindingen van het panel Psychisch Gezien 2016. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Plaisier, I., & Klerk, de M. (2015). *Zicht op zorggebruik*. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen. De Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Poh-ggz.nl (2016). *Landelijke Vereniging POH-GGZ*. Geraadpleegd op 20 juni 2017 via <http://www.poh-ggz.nl/>
- Portegijs, W. & Brakel, van den M. (2016). *Emancipatie Monitor 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Panel Psychisch Gezien (2016). *Panel Psychisch Gezien*. Geraadpleegd op 18 mei, 2017 van <https://www.psychischgezien.nl/>
- Ridder, J. den, Draak, M. den, Houwelingen, P. van & Dekker, P. (2014). *Burgerperspectieven 4*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(3), 183-189.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological methodology*, 13, 290-312.
- Sterling, E. W., Silke, A., Tucker, S., Fricks, L., & Druss, B. G. (2010). Integrating wellness, recovery, and self-management for mental health consumers. *Community mental health journal*, 46(2), 130-138.
- Steuerink, N., Lindenberg, S., & Slaets, J. P. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *European journal of ageing*, 2(4), 235-244.
- TK (2007/2008). *Programmatische aanpak van chronische ziekten*. Kamerbrief van 13 juni 2008. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007/2008, PG/ZP 2.847.918.
- TK (2012/2013). *Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'*. Kamerbrief van 8 februari 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 32620 nr. 78.
- TK (2013/2014a). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- TK (2013/2014b). *Kamerbrief over samenhang hervormingen langdurige zorg*. Kamerbrief van 4 maart 2014. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 29538 nr. 152.
- Twenge, J. M. (1999). Mapping gender: The multifactorial approach and the organization of gender-related attributes. *Psychology of Women Quarterly*, 23(3), 485-502.

- Vrooman, C., Gijsberts, M., & Boelhouwer, J. (2014). *Vershil in Nederland*. Sociaal en Cultureel rapport 2014. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- VWS (2012). *Bestuurlijk Akkoord Toekomst ggz 2013–2014*. Den Haag: ministerie van vws 2012. Geraadpleegd op 30 maart 2017 via invoeringbasisggz.nl/onderwerp/bestuurlijk-akkoord-en-nieuwe-afspraken-toekomstggz.
- Werf, van der M., Hanssen, M., Köhler, S., Verkaaik, M., Verhey, F. R., Winkel, van R., ... & Allardyce, J. (2014). Systematic review and collaborative recalculation of 133 693 incident cases of schizophrenia. *Psychological medicine*, 44(01), 9-16.
- Werner, S. (2012). Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry research*, 196(2), 214-219.
- Wiersma, D., & van Busschbach, J. (2001). Are needs and satisfaction of care associated with quality of life?. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 251(5), 239-246.
- Wiersma, D. (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 115-119.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.
- Zautra, A., & Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators: A review of the literature. *Community Mental Health Review*, 4(1), 1-14.

## Appendix A - Resultaten normaalverdeling test.

Tabel 8.

*Resultaten test normaalverdeling, Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk*

	Man		Vrouw	
	K.S.	S.W.	K.S.	S.W.
Behoeftte informeel	.14 <sup>***</sup>	.924 <sup>***</sup>	.141 <sup>***</sup>	.925 <sup>***</sup>
Gebruik informeel	.161 <sup>***</sup>	.906 <sup>***</sup>	.183 <sup>***</sup>	.899 <sup>***</sup>
Behoeftte professioneel	.126 <sup>***</sup>	.939 <sup>***</sup>	.13 <sup>***</sup>	.946 <sup>***</sup>
Gebruik professioneel	.148 <sup>***</sup>	.938 <sup>***</sup>	.143 <sup>***</sup>	.942 <sup>***</sup>
Onvervulde behoefte informeel	.287 <sup>***</sup>	.746 <sup>***</sup>	.279 <sup>***</sup>	.77 <sup>***</sup>
Vervulde behoefte informeel	.214 <sup>***</sup>	.854 <sup>***</sup>	.222 <sup>***</sup>	.837 <sup>***</sup>
Mismatch informeel	.362 <sup>***</sup>	.646 <sup>***</sup>	.366 <sup>***</sup>	.666 <sup>***</sup>
Onvervulde behoefte professioneel	.303 <sup>***</sup>	.733 <sup>***</sup>	.298 <sup>***</sup>	.761 <sup>***</sup>
Vervulde behoefte professioneel	.181 <sup>***</sup>	.91 <sup>***</sup>	.171 <sup>***</sup>	.926 <sup>***</sup>
Mismatch professioneel	.393 <sup>***</sup>	.638 <sup>***</sup>	.426 <sup>***</sup>	.601 <sup>***</sup>

*Noot.* \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001



## Appendix B – Gemiddelden op variabelen mannen en vrouwen

Tabel 9.

*Gemiddelden en standaarddeviaties van mannen en vrouwen op alle variabelen (N = 1108).*

	Mannen (n = 392)		Vrouwen (n = 716)	
	Gemiddelde	S.D.	Gemiddelde	S.D.
Kwaliteit van leven	4.714	1.235	4.571	1.236
Zelfmanagement	3.509*	.727	3.395*	.723
Totaal behoeften informeel	2.332	1.764	2.328	1.76
Totaal gebruik informeel	2.056	1.727	1.989	1.726
Totaal behoefte professioneel	2.814	1.803	3.011	1.703
Totaal gebruik professioneel	2.475	1.657	2.581	1.672
Onvervulde behoeften informeel	.85	1.142	.893	1.132
Vervulde behoeften informeel	1.482	1.512	1.439	1.542
Mismatch informeel	.574	.954	.553	.876
Onvervulde behoeften professioneel	.806	1.119	.8	1.033
Vervulde behoeften professioneel	2.001*	1.632	2.211*	1.637
Mismatch professioneel	.467	.783	.37	.666

*Noot.* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$