

Zorgbehoefte in de Achterhoek

EEN ONDERZOEK NAAR DE PROBLEMATIEK EN
ONDERSTEUNINGSBEHOEFTE VAN PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN
IN DE ACHTERHOEK



Rosemarijn van Zeijderveld
ARBE DIENSTVERLENING | SAXION DEVENTER

Zorgbehoefte in de Achterhoek

Een onderzoek naar de problematiek en ondersteuningsbehoefte van psychiatrische cliënten in de Achterhoek

Student: Rosemarijn van Zeijderveld

Studentnummer: 404424

E-mail: Rosemarijn1997@hotmail.com

Onderwijsinstelling: Hogeschool Saxion Deventer

Academie: Mens & Arbeid

Opleiding: Toegepaste Psychologie

Studiejaar: 2017/2018

Plaats en Datum: Deventer, 7 januari 2019

Eerste begeleider: M. Kuik / W. Huisman

Tweede begeleider: T. Demir

Opdrachtgever: ARBE Dienstverlening

Begeleiding Opdrachtgever: Arno Vlaskamp

VOORWOORD

Voor u ligt de scriptie 'Zorgbehoefte in de Achterhoek' geschreven door mij, Toegepaste Psychologie student Rosemarijn van Zeijderveld in het kader van het afstuderen aan hogeschool Saxion te Deventer. Dit onderzoek is uitgevoerd voor de psychiatrische instelling ARBE Dienstverlening uit Twente. Er is gewerkt aan deze scriptie van februari 2018 tot januari 2019.

Dit onderzoek was er niet geweest zonder een aantal mensen, die ik graag in het zonnetje wil zetten. Ten eerste natuurlijk mijn eerste begeleider van het Saxion, Menso Kuik. Door zijn kritische blik op mijn onderzoek heb ik meer uit het onderzoek kunnen halen dan ik dacht. Door zijn feedback heb ik veel geleerd over het schrijven van stukken en het doen van literatuuronderzoek. Hij was altijd open en eerlijk, en hierdoor was het voor mij heel prettig om met hem te werken. Helaas verliet Menso het Saxion en ben ik de laatste weken begeleid door Wim Huismans. Door zijn opbouwende kritiek heeft hij mij het vertrouwen gegeven dat ik nodig had.

Daarnaast wil ik mijn tweede begeleider Taner Demir ook bedanken. Door zijn scherpe feedback heb ik mijn scriptie nog naar een hoger niveau kunnen tillen.

Vervolgens wil ik Arno Vlaskamp van ARBE Dienstverlening bedanken vanwege het aandragen van dit onderzoek, en de ondersteuning bij het verkrijgen van respondenten.

Tot slot wil ik graag mijn familie en mijn vriend bedanken voor de steun tijdens het hele traject.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Rosemarijn van Zeijderveld
Deventer, 7 januari 2019

SAMENVATTING

In Nederland is er een grote vraag naar meer en betere ambulante zorg. Dat merkt ARBE Dienstverlening uit Twente ook. Zij krijgen een steeds groter cliëntennetwerk. Zij willen de ambulante zorg nog meer uitbreiden door naast de zorg in Twente, nu ook in de Achterhoek de zorg aan te bieden.

De doelstelling van het onderzoek was om de zorgbehoefte in de Achterhoek in kaart te brengen, om zo een inschatting te kunnen maken wat voor ondersteuning de cliënten uit de Achterhoek nodig hebben. Naast de zorgbehoefte in kaart brengen wilde ARBE Dienstverlening weten hoe ze de dienstverlening in moeten zetten om aan de zorgbehoefte te kunnen voldoen.

Om antwoord te krijgen op deze vragen zijn er twee vragenlijsten afgenomen bij de WMO-consulenten van de gemeente en bij de Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) over de zorgbehoefte in de Achterhoek, waarbij de problematiek en de levensgebieden in kaart zijn gebracht.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de mensen in de Achterhoek vooral last hebben van angst, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast is er behoefte aan ondersteuning op de levensgebieden huishouden, zelfvertrouwen, praten over wat ze hebben meegemaakt, hulp bij verdriet of tegenslag, omgaan met onverwachte situaties, gevoelens van eenzaamheid, beheren van financiën en beheren van geld. Dit is samen de zorgbehoefte in de Achterhoek. In het onderzoek wordt aanbevolen om als organisatie meer aandacht te besteden aan de werkwijze als het gaat om angststoornissen, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, om de cliënten nog beter te kunnen helpen.

Als het gaat om de dienstverlening komt naar voren dat het soort methodiek die een zorginstantie gebruikt niet uitmaakt, als het maar aansluit bij de cliënt. Wel komt zelfmanagement voor in alle methodieken die effectief zijn gebleken. De zorgmodule zelfmanagement 1.0 kan een goede toevoeging zijn voor ARBE om de kennis op het gebied van zelfmanagement te vergroten. Deze module wordt aanbevolen aan ARBE om iets mee te gaan doen.

Een kanttekening bij het onderzoek was dat het onderzoek over de cliënten ging, maar dat de hulpverleners ondervraagd zijn, waardoor het onderzoek minder valide is. Een andere kanttekening bij het onderzoek waren de vragenlijsten die gebruikt zijn om de informatie te verzamelen. Deze vragenlijsten zijn samengesteld met behulp van bestaande vragenlijsten, maar waar dingen zijn uitgehaald en toegevoegd waardoor de betrouwbaarheid iets is verminderd, maar de inhoudsvaliditeit is verhoogd. Ook zijn er niet uit elke gemeente WMO-consulenten bereid geweest om mee te werken, waardoor er uit de ene gemeente wel voldoende respons is en vanuit een andere gemeente niet. Dit heeft invloed op de betrouwbaarheid van het onderzoek.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Hoofdstuk 1. Inleiding van het onderzoek.	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Onderzoeksvraag	8
1.3 Doelstelling onderzoek	8
Hoofdstuk 2. Theoretisch kader	9
2.1 Zorgbehoefte	9
2.2 Ambulante zorg	10
2.3 Psychiatrie in Nederland en in de Achterhoek	10
2.4 Methodieken	11
2.5 Hypothesen	13
2.6 Conceptueel model	13
Hoofdstuk 3. Onderzoeksdesign	14
3.1 Onderzoeksmethode	14
3.2 Onderzoeksdoelgroep	15
3.3 Onderzoeksinstrumenten	15
“Welke problematiek hebben psychiatrische cliënten uit de Achterhoek?”	15
“Op welke levensgebieden hebben psychiatrische cliënten uit de Achterhoek de meeste behoefte aan ondersteuning?”	16
“Hoe kan ARBE haar dienstverlening op basis van de zorgbehoefte het beste inzetten in de Achterhoek?”	17
3.4 Procedure	17
3.5 Analyses	18
Hoofdstuk 4. Onderzoeksresultaten	19
4.1 Verloop van het onderzoek	19
4.2 Respons van het onderzoek	19
4.3 Op welke levensgebieden hebben psychiatrische cliënten uit de Achterhoek de meeste behoefte aan ondersteuning?	20

4.4 Welke problematiek hebben psychiatrische cliënten uit de Achterhoek?	22
Hoofdstuk 5. Conclusie en discussie	23
5.1 Conclusie	23
Deelvraag 1: Welke problematiek hebben psychiatrische cliënten uit de Achterhoek?	23
Deelvraag 2: Op welke levensgebieden hebben psychiatrische cliënten uit de Achterhoek de meeste behoefte aan ondersteuning?	23
Eerste deel onderzoeksvraag: Wat is de zorgbehoefte van de cliënten uit de ambulante psychiatrische zorg in de Achterhoek?	24
5.2 Discussie	24
5.3 Aanbevelingen	26
Problematiek	26
Levensgebieden	27
Methodiek	27
Rol Toegepast Psycholoog	28
Bronnenlijst	29
Bijlages	34
Bijlage 1: Eigenwerkverklaring	34
Bijlage 2: Vragenlijst WMO-consulenten	35
Bijlage 3: Vragenlijst POH-GGZ	38
Bijlage 4: Levensgebieden vragenlijst WMO-consulenten	40
Bijlage 5: Plan van aanpak	41
Bijlage 6: Stellingen	42
Bijlage 7: Vóórkomen van psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking van 18 - 64 jaar (Trimbos, 2011)	43

HOOFDSTUK 1. INLEIDING VAN HET ONDERZOEK.

In dit hoofdstuk worden de aanleiding, onderzoeksvraag en doelstelling van het onderzoek beschreven.

1.1 AANLEIDING

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Nederland bouwt de intramurale voorzieningen af. De bedoeling is om in 2020 het aantal bedden te hebben afgebouwd met een derde van de capaciteit in 2008 (Trimbos, 2017). In 2008 waren er nog 36500 bedden. Dit betekent dat er in 2020 nog 24335 bedden over moeten zijn. Het is van belang te kijken welke intramurale zorg vervangbaar is in betere en goedkopere ambulante zorg (Trimbos, 2017). Daarnaast blijkt in een peiling van het Panel Psychisch Gezien – een panel van 800 mensen met langdurige psychische aandoeningen – dat een meerderheid zegt dat er meer en betere ambulante zorg nodig is op alle levensgebieden (Trimbos, 2017). Deze levensgebieden zijn terug te vinden in bijlage 5. Deze twee bronnen geven weer dat er een grotere behoefte aan ambulante zorg is.

Dit merkt ARBE Dienstverlening – vanaf nu ARBE - ook, omdat ze een groei doormaken wat betreft cliënten. Uit peiling van Panel Psychisch Gezien blijkt dat de vraag naar meer en betere ambulante zorg blijft bestaan (Trimbos, 2017). ARBE wil haar ambulante zorg nog meer uitbreiden door een groter werkgebied te creëren. Dit willen ze gaan doen door de ambulante zorg niet alleen in Twente aan te bieden, maar ook in de Achterhoek.

ARBE levert al meer dan 20 jaar ambulante zorg in Twente. De cliënten zijn tevreden over het zorgaanbod van ARBE. Uit een recent cliënt tevredenheidsonderzoek blijkt dat de cliënten de begeleiding van ARBE beoordelen met een 8.2 (ARBE, interne communicatie, 2017). Doordat ARBE op dezelfde manier wil gaan werken in de Achterhoek, verwachten ze dat de cliënten in de Achterhoek ook tevreden zullen zijn. Om erachter te komen of dit ook zo is, zal onderzoek gedaan moeten worden naar de ambulante zorg die de cliënten in de Achterhoek nodig hebben. Daarnaast moet onderzocht worden hoe ARBE haar dienstverlening hier op moet gaan inzetten. Wanneer ARBE voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënten uit de Achterhoek, zullen de cliënten tevreden zijn met de zorg.

Nadat de zorgbehoefte bekend is, moet ARBE ervoor zorgen dat zij hun dienstverlening hier op kunnen aanpassen. Er moet gekeken worden naar hoe ARBE haar dienstverlening het beste kan inrichten naar de zorgbehoefte in de Achterhoek. De methodiek die ARBE nu gebruikt is effectief bij de cliënten in Twente. Het is belangrijk om uit te zoeken of deze methodiek ook toepasbaar is in de Achterhoek. Daarom is het belangrijk om uit te zoeken welke methodieken er zijn en welke methodiek het beste ingezet kan worden in de nieuwe regio. Daarnaast is het ook van belang om per psychiatrische stoornis en levensgebied waar in de Achterhoek een zorgbehoefte voor is, te kijken wat ARBE kan doen om haar dienstverlening hier op aan te sluiten.

1.2 ONDERZOEKSVRAAG

Gebaseerd op de informatie uit paragraaf 1.1 is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

“Wat is de zorgbehoefte van de cliënten uit de ambulante psychiatrische zorg in de Achterhoek en hoe kan ARBE haar dienstverlening hierop adequaat inrichten/toepassen?”

In deze onderzoeksvraag staan twee begrippen die hieronder verder worden toegelicht:

- Zorgbehoefte: De behoefte van de cliënt aan zorg, onderverdeeld in de psychische problematiek en de verschillende levensgebieden.
- Levensgebieden: De verschillende levensgebieden zijn te vinden in bijlage 4.
- Dienstverlening: De zorg die ARBE biedt aan haar cliënten.

De deelvragen die hierbij horen zijn:

- Welke problematiek hebben psychiatrische cliënten uit de Achterhoek?
- Op welke levensgebieden hebben psychiatrische cliënten uit de Achterhoek de meeste behoefte aan ondersteuning?
- Hoe kan ARBE haar dienstverlening op basis van de zorgbehoefte het beste inzetten in de Achterhoek?

1.3 DOELSTELLING ONDERZOEK

ARBE Dienstverlening is een instelling die ambulante begeleiding biedt aan mensen met psychiatrische problematiek in de regio Twente. Bij ARBE werken ruim vijftig ambulant begeleiders, die samen meer dan 600 cliënten begeleiden. Sinds begin 2018 mag ARBE ambulante zorg bieden in de Achterhoek. Vanaf januari 2018 heeft ARBE een contract met de gemeentes in de Achterhoek. Dit zijn Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oost Gelre, Oude IJsselstreek en Winterswijk. ARBE wil meer inzicht krijgen in welke problematiek vaak voorkomt in de Achterhoek en op welke levensgebieden de cliënten uit de Achterhoek het meeste behoefte hebben aan ondersteuning. Met het antwoord op deze vragen weet ARBE wat de zorgbehoefte is.

Met de gegevens over de zorgbehoefte in de Achterhoek wil ARBE gaan kijken hoe zij haar dienstverlening het beste kunnen gaan inzetten. Ze willen weten welke methodiek(en) het meest effectief is/zijn in de Achterhoek, om zo goed mogelijk aan de zorgbehoefte te voldoen. Daarnaast is het doel om per psychiatrische stoornis en levensgebied waar in de Achterhoek een zorgbehoefte voor is, te kijken wat ARBE kan doen om haar dienstverlening hier op aan te sluiten.

HOOFDSTUK 2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt de literatuur beschreven die van belang is voor het onderzoek.

2.1 ZORGBEHOEFTE

Eerst moet duidelijk worden wat zorgbehoefte is en waaruit zorgbehoefte bestaat. Dit wordt gedaan door het kijken naar de definitie van zorgbehoefte. Er zijn verschillende visies op zorgbehoefte. Een van deze visies komt van Bradshaw (1972). Hij onderscheidt vier soorten zorgbehoeften: normatieve behoefte, ervaren behoefte, geuite behoefte en comparatieve behoefte. Normatieve behoefte betekent dat de zorgbehoefte bepaald wordt door de zorgverlener. Ervaren behoefte is de zorgbehoefte die door de cliënt zelf wordt beleefd. Het wordt een geuite zorgbehoefte wanneer de cliënt het bedachte om zet in een vraag. De comparatieve zorgbehoefte is de behoefte aan een zorgvoorziening die past bij de kenmerken van de cliënt. Een andere visie op zorgbehoefte geeft Andersen (1995). Hij gaat uit van twee van de vier zorgbehoeften. Ervaren zorgbehoefte en geëvalueerde zorgbehoefte, dat door Bradshaw normatieve zorgbehoefte wordt genoemd. Andersen zegt dat waar de cliënt zelf behoefte aan heeft, van belang is voor de zorgvraag en op de bereidheid om geholpen te worden door de zorgverlener. De zorgbehoefte van de cliënt volgens de gemeente en hulpverlener is daarentegen bepalend voor de aard en de hoeveelheid zorg die de cliënt ontvangt wanneer hij/zij ondersteuning heeft aangevraagd.

Wanneer de visies met elkaar worden vergeleken komt duidelijk naar voren dat de twee definities van zorgbehoefte overeenkomen. Duidelijk is dat de zorgbehoefte bestaat uit de behoefte die vanuit de cliënt komt, dus waar een cliënt volgens zichzelf ondersteuning bij nodig heeft. Echter is de zorgbehoefte van de cliënt volgens de gemeente en zorgverlener zeer bepalend voor de uiteindelijke zorg die een cliënt krijgt. Voor het onderzoek is dit interessant, omdat er uit bovenstaande literatuur wordt geconcludeerd dat de cliënt niet altijd de zorg krijgt waar hij/zij van aangeeft dat er ondersteuning nodig is, maar dat dit uiteindelijk bepaald wordt door de gemeente en de zorgverlener. Zij maken de uiteindelijke beslissing voor de zorg die een cliënt krijgt.

Psychiatrische zorgbehoefte

Het type zorgbehoefte dat van belang is in dit onderzoek is de zorgbehoefte van mensen met psychiatrische problematiek. Deze zorgbehoefte bestaat uit ondersteuning bij diverse levensgebieden en bij het omgaan met psychische problematiek.

Uit een artikel van Trimbos (2017) blijkt dat de panelleden van Psychisch Gezien Gezien – een panel van 800 mensen met langdurige psychische aandoeningen – vooral behoefte hebben aan ondersteuning van hun psychische en lichamelijke gezondheid en bij het krijgen van de juiste hulp. Ook willen ze ondersteuning bij sociale contacten, zingeving, dagelijkse bezigheden, seksualiteit, intimiteit, financiën en huisvesting. GGZ Nederland (2009) heeft de Camberwell Assessment of Need (CAN) gebruikt om in kaart te brengen wat de zorgbehoeften zijn van de mensen met ernstige psychische stoornissen. Hieruit blijkt dat de zorgbehoeften vooral te vinden zijn op het gebied van psychisch functioneren. Daarnaast zijn de behoefte aan sociale relaties en activiteiten overdag belangrijke zorgbehoeften waar ondersteuning bij nodig is. Wiersma (2002) van de universiteit van Groningen heeft onderzoek gedaan naar zorgbehoeften. Hij heeft door middel van het afnemen van de Camberwell assessment of need (CAN), de zorgbehoefte van een representatieve steekproef van 100 langdurige zorgafhankelijke personen in kaart gebracht. Hieruit kwam naar voren dat de psychiatrische diagnose varieerde van stemmingsstoornissen, schizofrenie, angststoornissen tot persoonlijkheidsstoornissen.

Ondersteuning bij het psychisch welbevinden, het uitbreiden van de sociale contacten, informatie krijgen over de ziekte/stoornis, hulp bij het krijgen van behandeling, ondersteuning bij de dagelijkse bezigheden en leren omgaan met de psychotische symptomen werden het meest genoemd als zorgbehoefte (Wiersma, 2002).

Wat opvalt is dat zowel Trimbos, GGZ Nederland en Wiersma beschrijven dat mensen met psychische aandoeningen behoefte hebben aan ondersteuning bij de opbouw van sociale contacten en dagelijkse

bezigheden. Daarnaast zijn GGZ Nederland en Wiersma het met elkaar eens als het gaat om de behoefte aan ondersteuning met het omgaan van psychotische symptomen en de ondersteuning bij het psychisch welbevinden.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat volgens de literatuur de behoefte aan het opbouwen van sociale contacten en dagelijkse bezigheden, en daarnaast het om kunnen gaan met psychotische symptomen en ondersteuning krijgen bij het psychisch onwelbevinden, de belangrijkste zorgbehoeften zijn.

2.2 AMBULANTE ZORG

Ambulante zorg houdt in het aanbieden van zorg in de eigen omgeving (van Arkel, Z.J.). Hierbij komen de begeleiders bij de mensen thuis, om zich te richten op het omgaan met de stoornis en dagbesteding, werk, financiën, huisvesting en leefstijl. ARBE Dienstverlening verstaat onder ambulante zorg het ondersteunen van mensen die organisatie- en/of regieproblemen hebben als gevolg van psychiatrische of psychische problemen (ARBE, 2018). Uit een artikel van GGZnieuws (2014) blijkt dat een miljoen mensen gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Hiervan is het merendeel ambulante zorg. Het doel van de ambulante zorg is het verbeteren van de kwaliteit van leven. Om dit te bereiken wordt 'herstel' als leidraad gebruikt (GGZ Nederland, 2009). Gekeken vanuit het perspectief van de cliënt betekent herstel een uniek persoonlijk proces, waarbij de cliënt probeert om de draad weer op te pakken, de regie over het leven terug te krijgen en het leven opnieuw richting probeert te geven.

De ambulante GGZ-voorzieningen in de Achterhoek worden nu voor een groot deel geboden door een van de tien Flexible Assertive Community Treatment teams (FACT-teams) of het Assertive Community Treatment team (ACT-team) van GGNet (Trimbos, 2015). Daarnaast wordt er ambulante begeleiding geboden vanuit het Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen (RIBW), de verslavingszorg en bij kleinere GGZ-aanbieders in de Achterhoek.

2.3 PSYCHIATRIE IN NEDERLAND EN IN DE ACHTERHOEK

Psychische stoornissen komen in Nederland frequent voor (Trimbos, 2011). 43,5% van de volwassenen in Nederland heeft ooit in het leven een psychische stoornis gehad. Angststoornissen, middelenstoornissen en stemmingsstoornissen zijn de stoornissen die in Nederland het meest voorkomen (Trimbos, 2011). Eén op de vijf volwassenen heeft ooit zo'n stoornis gehad. Bij angststoornissen komen de specifieke fobie en de sociale fobie veel voor, bij middelenstoornissen zijn dat vooral alcoholproblemen. Als het gaat om stemmingsstoornissen komt de depressieve stoornis het vaakst voor. Een overzicht van het voorkomen van psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar is te vinden in bijlage 7.

Het verschil tussen mannen en vrouwen is groot (Trimbos, 2011). Opvallend is dat vrouwen beduidend vaker last hebben van stemmingsstoornissen (25,9%) dan mannen (14,4%). Hetzelfde geldt voor angststoornissen (vrouwen 23,4% en mannen 15,9%). Wanneer het gaat over middelenstoornissen hebben mannen hier vaker last van (27,7%) dan vrouwen (10,3%).

NEMESIS-2 is een studie van het Trimbos-instituut die onderzoek doet naar de psychische gezondheid van Nederlanders (Trimbos, 2011). Zij hebben onderzoek gedaan naar het zorggebruik in Nederland. Uit dit onderzoek blijkt dat in de meetperiode 2007-2009 slechts 33,8% van de Nederlandse bevolking met een psychische stoornis, enige vorm van zorg heeft ontvangen. De overige 66,2% heeft dus geen enkele vorm van hulp gekregen.

In de Achterhoek loopt ruim twee op de vijf 19-65 jarigen risico op een angststoornis op een depressie (Kompas Volksgezondheid, 2018). Het risico op een angststoornis of depressie is in periode 2012-2016 licht gestegen van 38% naar 42% (Kompas Volksgezondheid, 2018). Daarnaast ervaart 92% van de 19-65 jarigen dat zij zelf de regie hebben over hun eigen leven. Dit percentage is in de periode 2012-2016 licht gedaald van 95% naar 92%.

Ook is er een verschil tussen mannen en vrouwen in de Achterhoek (Kompas Volksgezondheid, 2018). Vrouwen hebben een hoger risico op angststoornissen/depressie dan mannen. Als het gaat over leeftijd valt op dat bij de leeftijdscategorie 19-34 jaar het risico op angststoornissen/depressie het grootst is. Hoe ouder mensen worden, hoe kleiner het risico. Ook het opleidingsniveau is een indicatie hoe groot het risico

is. Hoe lager het opleidingsniveau, hoe meer risico er is op angststoornissen/depressie. Ook is het risico groter wanneer iemand alleen woont.

2.4 METHODIEKEN

Om erachter te komen welke methodieken voor ambulante begeleiding goed werken is het van belang om op een rijtje te zetten welke methodieken er zijn, wat de kenmerken zijn van de methodieken, voor welke problematiek de methodiek goed werkt en hoe de methodieken scoren op effectiviteit. Dit is belangrijk voor ARBE omdat zij zo goed mogelijk op de zorgbehoefte in de Achterhoek willen inspelen. Het doel hiervan is om ARBE mee te kunnen geven welke methodiek ze in kunnen gaan zetten in de Achterhoek.

Eerst wordt er gekeken welke methodiek ARBE nu gebruikt en welke andere methodieken er in de Achterhoek nog meer worden gebruikt door andere zorginstanties.

ARBE Dienstverlening maakt voor de ambulante begeleiding gebruik van de Illness Management and Recovery (IMR). De IMR is een methodiek die ontwikkeld is na uitgebreid onderzoek naar het onderwijzen van zelfmanagementstrategieën voor cliënten met schizofrenie of ernstige stemmingsstoornissen (Mueser et al, 2006). In de praktijk blijkt echter dat volwassenen met andere ernstige psychiatrische stoornissen de IMR ook kunnen volgen, omdat zij zich kunnen herkennen in de problematiek die bepaald wordt door beperkingen, faalervaringen en rolverlies (Trimbos, 2013). Het programma is ontwikkeld om deze cliënten te helpen om effectiever met hun ziekte om te gaan door het nastreven van persoonlijke doelen. In de IMR zijn vijf empirisch ondersteunde zelfmanagementstrategieën opgenomen in het programma, namelijk 'psycho-educatie over psychische aandoeningen', 'cognitief-gedragsmatige benaderingen van therapietrouw', 'het ontwikkelen van een terugvalpreventieplan', 'het versterken van de sociale vaardigheden' en het 'trainen van de copingvaardigheden om beter om te kunnen gaan met de stoornis'. De IMR begint met het bespreken met wat herstel voor de cliënt betekent, en maakt vanuit dat herstel persoonlijke doelen om aan te werken in het programma. Vervolgens zijn er 9 thema's die ontstaan zijn vanuit de vijf zelfmanagementstrategieën die hierboven weergegeven zijn. Deze 9 thema's nemen met elkaar ongeveer 9 maanden in beslag. Huiswerkopdrachten worden samen met de cliënt ingevuld, en ook naasten van de cliënt worden betrokken bij het leren van zelfmanagementstrategieën en het nastreven van persoonlijke doelen. Er zijn meerdere onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van de IMR (Trimbos, 2013). Uit deze onderzoeken blijkt dat de IMR-training effectief lijkt. Er kan echter nog geen sterke conclusie worden getrokken over de effectiviteit, omdat de methodes van de onderzoeken te veel verschillen. Hiervoor is nog vervolgonderzoek nodig (McGuire et al, 2014).

Kijkend naar de ambulante zorg die nu geboden wordt in de achterhoek door de FACT-teams, GGNET en het RIBW is het opvallend dat bijna elke zorginstantie een andere methodiek gebruikt om cliënten te ondersteunen (Trimbos, 2015).

De FACT-teams maken gebruik van de FACT-methodiek. Deze methodiek is ontstaan vanuit de Assertive Community Treatment (ACT), waarbij gericht wordt op patiënten met de meest complexe psychiatrische aandoeningen (van Vugt et al, 2011). De FACT-methodiek richt zich op alle ernstige psychiatrische aandoeningen en is een combinatie van de ACT en de principes van casemanagement. Dit doen ze door de ACT toe te passen wanneer het slecht gaat met een cliënt. Wanneer een cliënt stabiel is, wordt individuele behandeling ingezet door een multidisciplinair team met onder andere een casemanager en psychiater (Van Veldhuizen et al, 2008). Bij de ACT wordt intensieve ambulante zorg geboden. Dit wordt vooral ingezet als crisisinterventie en stabilisatie.

Het verschil tussen FACT en ACT is dat ACT vooral gericht is op crisisinterventie en stabilisatie. FACT richt zich daarnaast nog op rehabilitatie en herstel (Psychosenet, z.j.)

De hulpverleners gaan bij patiënten op huisbezoek, langs bij het dagactiviteitencentra of bezoeken de mensen op straat. De individuele begeleiding wordt gedaan door sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, en zij werken samen met andere disciplines uit het team. De behandeling bestaat uit medicamenteuze behandeling, psychologische interventies of vaardigheidstraining. Er is nog geen gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de FACT-methodiek gedaan. Wel is er onderzoek gedaan naar de ACT. De ACT leidt tot minder opnames in de GGZ, en cliënten voelen zich minder ziek (Bond et al, 2001). Zij participeren

meer in de maatschappij en hebben een hogere kwaliteit van leven. Over de effectiviteit van de FACT is minder bekend (Place et al, 2011). Er zijn wel een aantal studies gedaan, maar geen daarvan geeft duidelijkheid. Ook GGNet gebruikt de FACT-methodiek bij de ambulante begeleiding (GGNet, 2017).

Bij het RIBW werken ze via de methodiek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) (RIBW, z.j.). De SRH richt zich op mensen met psychosociale beperkingen. De methodiek is geschikt om toe te passen bij mensen die gebruik maken van verslavingszorg, forensische zorg, ouderenzorg, maatschappelijk opvang, zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen, zorg voor mensen met autisme, zorg voor jeugdigen en trajectbegeleiding voor werk. De SRH ondersteunt cliënten met herstel en ontwikkeling. Samen met de cliënt wordt er gewerkt aan omgaan met kwetsbaarheid, doelen realiseren en het verbeteren van de kwaliteit van het sociale netwerk. De doelen hebben betrekking op het gebied van wonen, werken, leren, recreëren, gezondheid, zelfmanagement, veiligheid en sociale relaties. De SRH combineert de werkzame elementen uit diverse rehabilitatie methodieken. De SRH is bewezen effectief (RIBW, z.j.).

Uit bovenstaande methodieken komt duidelijk naar voren dat het begrip zelfmanagement vaak terugkomt. De methodiek die ARBE gebruikt, de IMR, en daarnaast ook de SRH is gebaseerd op zelfmanagementstrategieën. Dit betekent dat in de ambulante zorg zelfmanagement een heel belangrijk begrip is dat bij de methodieken ingezet wordt. Hieronder wordt beschreven wat zelfmanagement inhoudt en waarom dit begrip belangrijk is in de ambulante psychiatrische zorg.

Zelfmanagement betekent het managen van (hulp)bronnen zodat het ten goede komt van de kwaliteit van leven (Steverink, Lindenberg & Slaets, 2005). Om aan zelfmanagement te kunnen doen, is empowerment en agency zeer belangrijk. Empowerment betekent het zelf de regie nemen over je leven en agency is het vermogen om te handelen. Zelfmanagement kan leiden tot meer zorgbehoefte (Parie, 2017). Echter zorgt zelfmanagement er voor dat mensen gaan handelen om deze zorgbehoefte te vervullen. Daarom wordt er verwacht dat hoe groter het zelfmanagement, hoe minder onvervulde zorgbehoeften en hoe meer vervulde zorgbehoeften er zijn.

De volgende acties en vaardigheden horen bij zelfmanagement:

- Het zelf omgaan met de aandoening, symptomen en psychosociale gevolgen van de aandoening.
- Het zelf omgaan met factoren die de symptomen kunnen verergeren (risicofactoren).
- Het zelf werken aan leefstijlveranderingen.
- Het zelf keuzes maken zowel in het alledaagse leven als in het zorg-, behandel- en ondersteuningsaanbod.
- Het zelf werken aan symptomatisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel.
- Het zelf zo veel mogelijk de verantwoordelijkheid dragen zowel in de behandeling als in het leven met een aandoening.
- De regie voeren over het eigen leven; regie over het leven dat iemand wil hebben of krijgen (Meije, 2016).

Deze acties en vaardigheden kunnen vergeleken worden met de strategieën die bij de methodiek IMR gebruikt worden. Als eerste psycho-educatie. Weten wat de aandoening inhoudt, wat de symptomen, gevolgen en risicofactoren zijn. Vervolgens therapietrouw wat inhoudt dat je zelf keuzes maakt in het zorg-behandel- en ondersteuningsaanbod en dat je daardoor zelf kiest voor een leefstijlverandering. Het werken aan herstel kan gelinkt worden aan het terugvalpreventieplan, het versterken van sociale vaardigheden en het trainen van de copingvaardigheden. Dat zijn allemaal strategieën om de zelfmanagement te vergroten.

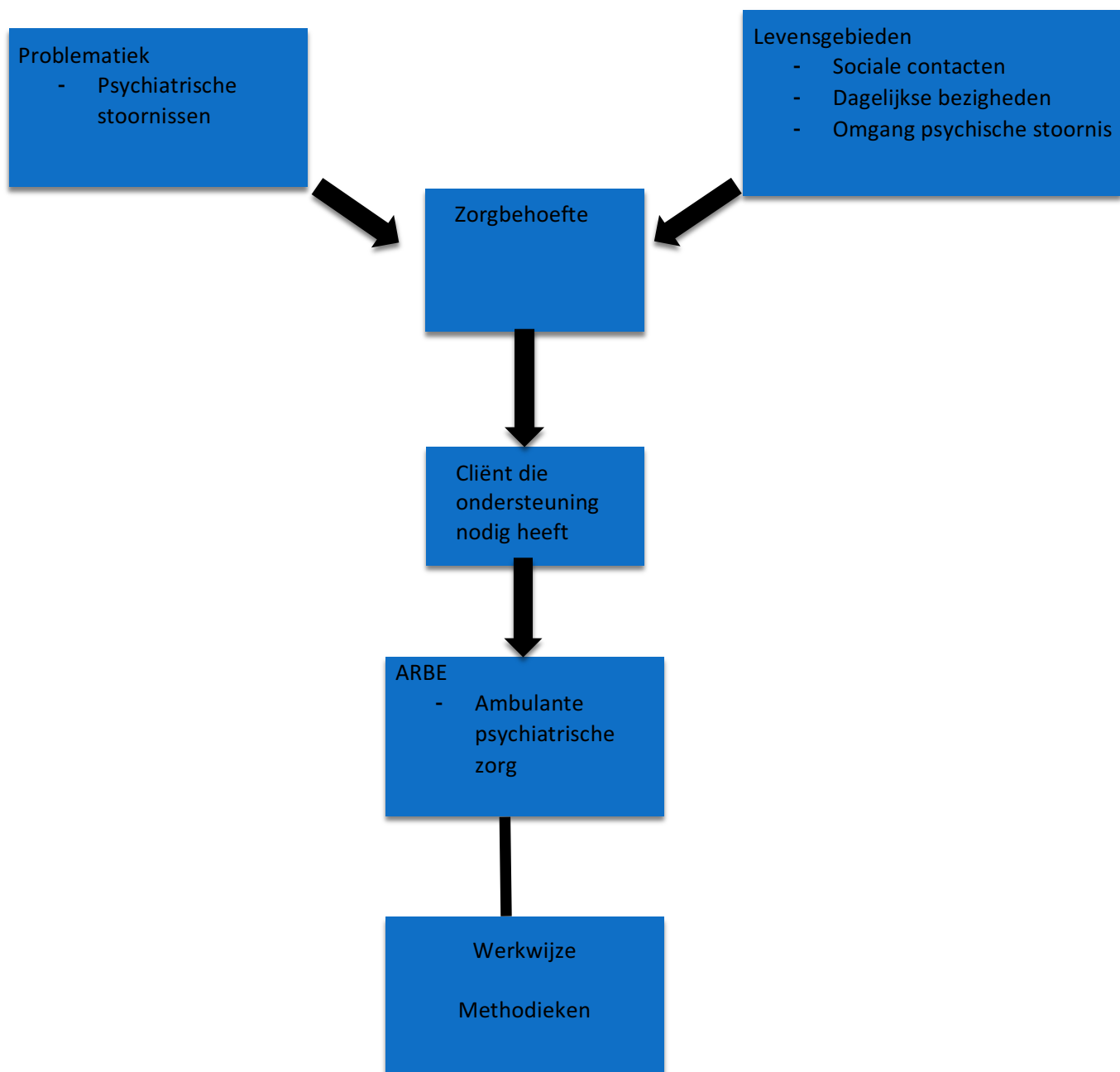
Om te zorgen dat medewerkers van ARBE de cliënten nog meer gaan motiveren om zelfmanagement toe te passen in hun leven, is er een zorgmodule ontwikkeld voor medewerkers in de zorg (CBO, 2014). Deze zorgmodule leert medewerkers hoe zij cliënten kunnen ondersteunen, welke instrumenten beschikbaar zijn en hoe zelfmanagement verwerkt kan worden in het zorgproces van een cliënt. Wanneer zelfmanagement wordt ondersteund, wordt verwacht dat de gezondheid en de kwaliteit van leven van mensen positief zal worden beïnvloed. Deze module heet Zorgmodule Zelfmanagement 1.0 en is ontwikkeld door het Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO) in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

2.5 HYPOTHESEN

Na het literatuuronderzoek hebben de deelvragen geleid tot de volgende hypothesen:

1. De problematiek die veel voorkomt in de Achterhoek zijn stemmingsstoornissen, schizofrenie, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen
2. De levensgebieden waar de cliënten in de Achterhoek de meeste ondersteuning bij nodig hebben zijn het opbouwen van sociale contacten en dagelijkse bezigheden, het om kunnen gaan met psychiatrische symptomen en ondersteuning bij het psychisch onwelbevinden.
3. Het soort werkwijze dat goed is binnen de ambulante psychiatrische zorg zijn de methodieken die gebaseerd zijn op zelfmanagement

2.6 CONCEPTUEEL MODEL



HOOFDSTUK 3. ONDERZOEKSDESIGN

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode, onderzoeksdoelgroep en onderzoeksinstrumenten beschreven. Daarnaast worden de procedure en de analyses uitgelegd.

3.1 ONDERZOEKSMETHODE

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag: “Wat is de zorgbehoefte van de cliënten uit de ambulante psychiatrische zorg in de Achterhoek en hoe kan ARBE dienstverlening haar dienstverlening hierop adequaat inrichten/toepassen?” wordt er gebruik gemaakt van een kwantitatieve onderzoeksmethode. De kwantitatieve onderzoeksmethode is het afnemen van vragenlijsten, om zo de zorgbehoefte in kaart te kunnen brengen. Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zullen er vragenlijsten worden afgenomen bij POH-GGZ en WMO-consulenten. Door informatie van twee verschillende bronnen te ontvangen, zal een realistisch beeld worden geschetst over de problematiek en de levensgebieden waarbij de cliënten ondersteuning nodig hebben. Deze twee vragenlijsten samen omvatten de zorgbehoefte in de Achterhoek. Er is gekozen voor het afnemen van een vragenlijst bij de WMO-consulenten en de POH-GGZ omdat er dan veel informatie kan worden verzameld, zonder dat dit veel tijd kost. Doordat er in dit onderzoek gevraagd wordt om aantallen en of iets vaak voorkomt is het afnemen van een vragenlijst de makkelijkste manier om deze data te verzamelen.

De POH-GGZ gaat antwoord geven op de vraag waar de problematiek ligt in de Achterhoek omdat uit onderzoek van het NIVEL (Magnée, 2017) blijkt dat er een toename is aan zorg voor psychische klachten in de huisartsenpraktijk. Binnen NIVEL Zorgregistraties worden zorggegevens verzameld via de informatiesystemen van huisartsen. Hieruit blijkt dat huisartsen en praktijkondersteuners GGZ steeds meer patiënten met psychische klachten op consult krijgen. Vergeleken met 2010 zijn er in 2014 ongeveer 15% meer mensen met psychische klachten naar de huisarts gegaan. Doordat de huisartsenpraktijken steeds meer mensen met psychische klachten zien, en sinds 2014 de basis-GGZ is ingevoerd om zo toegang tot psychische zorg meer laagdrempelig te maken, hebben huisartsen veel kennis als het gaat om de zorgbehoefte van patiënten. Ook hebben huisartsen en POH-GGZ hierdoor veel ervaring met de problematiek van psychiatrische patiënten. Zij hebben ook het meeste inzicht in de levensgebieden waar mensen ondersteuning bij nodig hebben.

Daarnaast worden ook de WMO-consulenten ondervraagd over de levensgebieden waar cliënten in de Achterhoek ondersteuning bij willen. Sinds 2015 vallen de diverse GGZ-voorzieningen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten (Trimbos, 2017). Hieronder valt de individuele begeleiding, dagbesteding, ambulante woonbegeleiding en beschermd wonen. Gemeentes zijn verantwoordelijk voor goede ondersteuning aan mensen met psychische aandoeningen bij hun zelfredzaamheid en deelname aan sociale en maatschappelijke activiteiten zoals opleiding, werk en vrijetijdsbesteding. Voor hulp kunnen mensen terecht bij een WMO-loket of een sociaal wijkteam van de gemeente. Vanuit daar kan een beroep gedaan worden op de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) (Trimbos, 2017).

De WMO-consulenten hebben dagelijks te maken met mensen die kampen met moeilijkheden op verschillende levensgebieden. Voor een overzicht van deze levensgebieden: zie bijlage 5. De taak van een WMO consulent is het afhandelen van aanvragen op het gebied van WMO-voorzieningen. Dat betekent dat alle mensen die niet zelfredzaam zijn, en hier hulp bij willen, dit via de WMO moeten aanvragen. WMO-consulenten hebben veel kennis over de levensgebieden waar cliënten ondersteuning bij willen, omdat zij er dagelijks mee werken.

Om antwoord te kunnen geven op het tweede deel van de onderzoeksvraag ‘hoe kan ARBE haar dienstverlening hierop adequaat inrichten/toepassen?’ wordt er gekeken naar de zorgbehoefte in de Achterhoek. Op basis van die zorgbehoefte wordt gekeken naar hoe ARBE de zorg het beste kan gaan aanbieden.

De vragenlijsten zullen worden gebruikt om de problematiek en de levensgebieden waar cliënten ondersteuning bij nodig hebben te achterhalen. Om de eerste twee deelvragen te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van SPSS. De problematiek en levensgebieden worden vastgesteld door het berekenen van het gemiddelde. Nadat de eerste twee deelvragen beantwoord zijn en de zorgbehoefte bepaald is, wordt de derde deelvraag in de aanbevelingen beantwoord aan de hand van literatuur.

3.2 ONDERZOEKSDOELGROEP

De doelgroep van het onderzoek zijn de POH-GGZ en WMO-consulenten. Om achter de problematiek en levensgebieden waar ondersteuning bij nodig is te komen, is het onmogelijk om vragenlijsten af te nemen bij de cliënten zelf. Gegevens over psychiatrische cliënten zijn erg privacygevoelig, en doordat ARBE vrijwel nog geen cliënten-netwerk heeft in de Achterhoek is het onmogelijk om deze groep te kunnen ondervragen. Doordat alle POH-GGZ en WMO-consulenten benaderd worden, wordt verwacht dat er genoeg respondenten zullen zijn. Het onderzoek zou voor huisartsen en WMO-consulenten ook nuttige informatie kunnen opleveren. Namelijk meer informatie over de zorgbehoefte en problematiek in de Achterhoek.

De gegevens van de huisartsen en WMO-consulenten in de Achterhoek en Twente heeft ARBE voor een deel al uitgezocht. Hierdoor is het makkelijker om in contact te komen met de verschillende huisartsen en WMO-consulenten. Zij hebben een aantal contactgegevens overzichtelijk in een bestand staan. De rest van de huisartsenpraktijken worden verzameld via het internet.

De gehele populatie aan POH-GGZ en WMO-consulenten/wijkteams wordt benaderd. Er zijn ongeveer 60 á 70 huisartsenpraktijken in de acht gemeentes van de Achterhoek, echter zijn er veel POH-GGZ die werkzaam zijn in meerdere praktijken. Daarom is de verwachting dat er ongeveer 30 a 40 POH-GGZ zijn. Er wordt gestreefd naar een respons van minimaal 40%. Het aantal WMO-consulenten is verschillend per gemeente. Dit zal ongeveer tussen de 5 en 10 per gemeente zijn. Hiervan wordt ook gestreefd naar een respons van minimaal 40%.

3.3 ONDERZOEKSINSTRUMENTEN

De twee onderzoeksinstrumenten waar gebruik van wordt gemaakt om de zorgbehoefte in kaart te brengen zijn vragenlijsten. Er zullen twee vragenlijsten worden afgenomen. Eén bij de POH-GGZ en één bij de WMO-consulenten. Er zal een verschil zijn in de vragenlijst die wordt afgenomen bij de POH-GGZ en de WMO-consulenten. De vragenlijst voor de POH-GGZ zal gericht zijn op de problematiek van de cliënten. De WMO-consulenten zullen een vragenlijst krijgen gericht op de levensgebieden.

Gesprekken met een POH-GGZ gaan over de psychische klachten die iemand ervaart. Daardoor heeft de POH-GGZ een goed beeld van de problematiek die er voorbijkomt bij de praktijk.

De WMO-consulenten daarentegen weten veel over op welke levensgebieden mensen ondersteuning nodig hebben door de keukentafelgesprekken die zij voeren. Tijdens deze keukentafelgesprekken wordt nauwkeurig besproken wat er voor ondersteuning nodig is en ook op welke levensgebieden.

“WELKE PROBLEMATIEK HEBBEN PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN UIT DE ACHTERHOEK?”

Om deze deelvraag te beantwoorden wordt er een vragenlijst afgenomen bij de POH-GGZ. Deze vragenlijst zal gaan over de problematiek van de patiënten die langs komen in de huisartsenpraktijk. De vragenlijst is te vinden in bijlage 3. Deze wordt uitgevraagd met behulp van de schalen van de Symptom Checklist (SCL-90). De SCL-90 heeft een hoge betrouwbaarheid. De coëfficiënt alpha ligt voor het gehele instrument vrij hoog. Uit verschillende steekproeven komt een Cronbach's alpha tussen de 0,73 en 0,97 (Buwalda et al., 2011). Dit betekent dat de vragenlijst voor de POH-GGZ samengesteld is met een betrouwbare vragenlijst.

De SCL-90 is de meest gebruikte meetinstrument om de behandelingseffecten van de klinische praktijk duidelijk te maken. De SCL-90 bevat de volgende schalen: Agorafobie, angst, depressie, somatische

klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen. Om de schalen van de SCL-90 toe te lichten is gebruik gemaakt van de handleiding van de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003). Naast deze schalen zijn er nog een aantal soorten problematiek aan toegevoegd, zodat alle psychische stoornissen/klachten terugkomen in de vragenlijst. Dit zijn verslavingen, kenmerken van verstandelijke beperkingen, kenmerken van gedragsstoornissen en leerstoornissen, kenmerken van eetstoornissen, kenmerken van psychotische stoornissen en kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen. Deze zijn gekozen door de SCL-90 naast de DSM-4 te houden. De DSM-4 verhoogt in belangrijke mate de betrouwbaarheid van het classificeren van de stoornissen (Pichot 1997). De stoornissen die wel voorkomen in de DSM-4 maar niet in de SCL-90 zijn toegevoegd. Daarnaast is er in de vragenlijst nog ruimte voor de POH-GGZ waar zij de overige psychische klachten kunnen opschrijven.

De enquête is gebaseerd op de patiënten die de POH-GGZ de afgelopen 30 dagen heeft gezien in de praktijk. De enquête zal de volgende vragen bevatten:

- Hoeveel cliënten heeft u de afgelopen 30 dagen in de praktijk gezien met de volgende psychische klachten/stoornissen:
- Overige psychische klachten/stoornissen die nog ontbreken:

De eerste vraag wordt vijftien keer gesteld, elke vraag met een ander soort problematiek. Deze eerste vraag wordt gesteld om in kaart te brengen hoe vaak de psychische stoornissen/klachten voorkwamen de afgelopen 30 dagen. Hiermee wordt duidelijk wat voor problematiek aanwezig is in de Achterhoek. De reden dat de afgelopen 30 dagen uitgevraagd wordt is omdat er dan een tijdsbestek aan vast zit, waardoor de POH-GGZ niet verder dan 30 dagen terug hoeft te denken. Hierdoor wordt de informatie meer betrouwbaar. De tweede vraag wordt gesteld om de POH-GGZ eventuele andere psychische stoornissen/klachten te laten noemen die niet in de enquête verwerkt zijn.

“OP WELKE LEVENSGEBIEDEN HEBBEN PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN UIT DE ACHTERHOEK DE MEESTE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING?”

Deze deelvraag wordt beantwoord door het afnemen van een vragenlijst bij de WMO-consulenten over de levensgebieden waar de cliënten ondersteuning bij nodig hebben. Deze wordt uitgevraagd door schalen uit de hulpverlenersversie van de zorgbehoeftenlijst (Trimbos, 2003). De betrouwbaarheid van de lijst is 0,89 (cronbach's alpha).

Het Trimbos-instituut heeft in samenwerking met GGZ Nederland een onderzoek gedaan naar de woon- en zorgbehoeften van de achterblijvers in de psychiatrie (Trimbos, 2003). Hierbij werden vragenlijsten ontwikkeld met onder andere een zorgbehoefte vragenlijst. Deze vragenlijst werd dusdanig gewaardeerd, dat het Trimbos-instituut de vragenlijst heeft bijgesteld totdat het een betrouwbare zorgbehoeftenlijst was. Er is zowel een cliëntenversie als een hulpverlenersversie. De hulpverlenersversie bestaat uit 44 schalen die de zorgbehoefte meten. Uit deze 44 schalen zijn de schalen gekozen waar ARBE haar zorg op inzet en die van belang zijn tijdens het onderzoek. Sommige schalen zijn samengevoegd. Daarnaast is er een hulpverlenersversie, wat voor dit onderzoek zeer gewenst is omdat de vragenlijst ook afgenomen wordt bij de hulpverleners van de cliënten in de Achterhoek, namelijk de WMO-consulenten.

De gehele zorgbehoeftenlijst afnemen heeft weinig zin, omdat ARBE niet op alle levensgebieden uit de zorgbehoeftenlijst haar zorg inzet. Voorbeeld hiervan is 'uzelf wassen'. ARBE kan geen ondersteuning bieden op dit levensgebied. Daarom is deze eruit gelaten. Daarnaast zijn er een aantal constructen samengevoegd, zoals 'contact met anderen' en 'contact met andere cliënten'. Deze zijn samengevoegd omdat WMO-consulenten vaak niet weten of cliënten contact hebben met andere cliënten. Door ze samen te voegen wordt de vraag over het levensgebied 'contact met anderen' makkelijker te beantwoorden. Uiteindelijk zijn er 26 vragen samengesteld over waar ARBE haar zorg op kan inzetten, en die dus ondervraagd zullen worden. De vragenlijst is terug te vinden in bijlage 2.

Deze vragenlijst wordt afgenomen bij de WMO-consulenten/wijkteams, en is gericht op alle cliënten uit

hun caseload. Met deze vragenlijst wordt dus antwoord gegeven voor alle cliënten van de desbetreffende WMO-consulent. Hierdoor ontstaat een algemeen beeld van de levensgebieden waarbij ondersteuning gewenst en nodig is. De vragenlijst is gebaseerd op de cliënten die de WMO-consulenten de afgelopen 30 dagen hebben gezien. Hierdoor wordt een recent beeld geschetst van de problematiek in de afgelopen 30 dagen. De reden dat de afgelopen 30 dagen uitgevraagd wordt is omdat er dan een tijdsbestek aan vast zit, waardoor de WMO-consulenten niet verder dan 30 dagen terug hoeven te denken. Hierdoor wordt de informatie meer betrouwbaar.

De vragenlijst zal de volgende vragen bevatten:

- Hoe vaak kwam het de afgelopen 30 dagen voor dat cliënten in uw caseload ondersteuning nodig hadden bij de volgende levensgebieden:
- Noem uit de levensgebieden hierboven maximaal 5 levensgebieden waar de ondersteuning van de zorgverleners tekortschiet of ontbreekt en waar verbetering gewenst is.
- Wat kan er bij de ondersteuning op deze levensgebieden verbeterd worden?

De eerste vraag wordt gesteld om in kaart te brengen op welke levensgebieden cliënten de afgelopen 30 dagen behoefte hadden aan ondersteuning. Deze vraag kan beantwoord worden door 'nooit', 'soms' of 'vaak' in te vullen. De tweede vraag wordt gesteld om in kaart te brengen op welke levensgebieden de ondersteuning tekortschiet en waar verbetering moet komen. De derde vraag is om te kijken wat ARBE kan doen om toekomstige cliënten hierin wél te kunnen ondersteunen.

De schalen die hierbij onderzocht worden zijn terug te vinden in bijlage 5.

"HOE KAN ARBE HAAR DIENSTVERLENING OP BASIS VAN DE ZORGBEHOEFTE HET BESTE INZETTEN IN DE ACHTERHOEK?"

Deze deelvraag wordt beantwoord nadat de zorgbehoefte in de Achterhoek bekend is. Met de gegevens over welke problematiek er in de Achterhoek voorkomt en op welke levensgebieden mensen het meest behoefte hebben aan ondersteuning, wordt door middel van literatuuronderzoek gekeken welke behandelingen, methodieken of modules geschikt zijn voor de cliënten in de Achterhoek. Dit wordt beschreven in de aanbevelingen.

3.4 PROCEDURE

Vragenlijsten

De POH-GGZ worden benaderd door middel van het bellen naar de verschillende huisartsenpraktijken. Verwacht wordt dat de huisartsenpraktijken goed bereikbaar zijn. De POH-GGZ binnen die huisartsenpraktijk is naar verwachting minder goed bereikbaar, omdat deze gedurende een dag vaak vol zit met afspraken. Ook werken bijna alle POH-GGZ slechts een aantal dagen per week bij dezelfde huisartsenpraktijk. Om te zorgen dat de POH-GGZ toch benaderd kan worden, wordt er meerdere keren gebeld totdat de POH-GGZ in de gelegenheid is om de telefoon op te nemen. Naast het benaderen via het bellen naar de huisartsenpraktijk, worden de POH-GGZ ook via LinkedIn benaderd. Op deze manier is de kans op respons groter.

De WMO-consulenten worden benaderd via het contractbeheer van de gemeente. Deze zullen benaderd worden per telefoon. Zij hebben een goed overzicht van de consulenten en kunnen goed in contact met ze komen. Er wordt om een contactpersoon gevraagd zodat daar het contact mee onderhouden kan worden. Naast het benaderen via het contractbeheer, worden de consulenten ook benaderd via LinkedIn. Ook bij de WMO-consulenten wordt de kans op respons groter doordat er op twee manieren informatie wordt verkregen. Wanneer er te weinig respons wordt verkregen, wordt er door de directeur van ARBE Dienstverlening, Arno Vlaskamp, ook nog een oproep gedaan op LinkedIn om zo WMO-consulenten uit de Achterhoek te bereiken.

3.5 ANALYSES

Deelvraag 1: Welke problematiek hebben psychiatrische cliënten uit de Achterhoek?

Bij de analyse van de resultaten van de vragenlijst die de POH-GGZ hebben ingevuld wordt er gekeken naar het aantal cliënten per POH-GGZ, en daarna wordt er aan de hand van dat aantal gekeken naar het aantal cliënten per probleemgebied. Dit aantal wordt dan omgezet naar een percentage. Zo kan in kaart gebracht worden hoeveel procent van de cliënten bepaalde problematiek hebben. Daarnaast worden de verschillende POH-GGZ met elkaar vergeleken door de percentages te vergelijken. Op deze manier kan bepaald worden wat voor problematiek er in de Achterhoek aanwezig is. De zeven hoogste percentages zullen beschreven worden als veel voorkomend in de Achterhoek, de zeven laagste percentages als minder voorkomend. Analyse van de resultaten zal plaatsvinden door het bepalen van de percentages door middel van beschrijvende statistiek.

Deelvraag 2: Op welke levensgebieden hebben psychiatrische cliënten uit de Achterhoek de meeste behoefte aan ondersteuning?

Bij de analyse van de resultaten van de vragenlijst die de WMO-consulenten/wijkteams hebben ingevuld wordt er gekeken naar de gemiddelden van de verschillende levensgebieden. Er zijn bij de vragen drie antwoordmogelijkheden: nooit, soms en vaak. Opvallend zijn de antwoorden waarbij 'nooit' of 'vaak' het gemiddelde is. Uit deze opvallende antwoorden wordt beschreven op welke levensgebieden de mensen in de Achterhoek het minst en het meest ondersteuning bij nodig hebben. De analyse is hetzelfde als bij deelvraag 1.

Deelvraag 3: Hoe kan ARBE haar dienstverlening op basis van de zorgbehoefte het beste inzetten in de Achterhoek?

Voor antwoord op deze vraag zal er literatuuronderzoek gedaan worden naar de verschillende therapieën, methodieken en modules die er gebruikt worden om aan de zorgbehoefte van de cliënten in de Achterhoek te voldoen. Aan de hand van deze methodieken wordt beslist welke methodieken het meest effectief zullen zijn in de Achterhoek. Daarnaast wordt er gekeken naar de psychiatrische stoornissen en levensgebieden die uit deelvraag 1 en 2 naar voren zijn gekomen. Via literatuuronderzoek worden er behandelingen, methodieken en modules beschreven die aansluiten op de problematiek en levensgebieden in de Achterhoek.

HOOFDSTUK 4. ONDERZOEKSRESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt het verloop van het onderzoek en de onderzoeksresultaten besproken.

4.1 VERLOOP VAN HET ONDERZOEK

De kwantitatieve informatie is verzameld door middel van de twee vragenlijsten bij de WMO-consulenten en de POH-GGZ.

De POH-GGZ zijn benaderd via het algemene praktijknummer van de huisarts. Via deze weg was het lastig om in contact te komen met de POH-GGZ, omdat er alleen direct contact mogelijk was met de assistent van de huisartsenpraktijk. Hierdoor duurde het contact zoeken met POH-GGZ langer dan verwacht. De POH-GGZ zijn ook benaderd via LinkedIn. Dit leidde in eerste instantie snel tot een aantal reacties. Echter bleek na een aantal dagen dat er toch veel POH-GGZ zijn die niet actief zijn op LinkedIn en het bericht dus niet hebben gezien. De POH-GGZ waren bijna allemaal bereid om mee te werken. Slecht één wees het verzoek af. Het was lastig om goed in kaart te brengen welke POH-GGZ in welke gemeente werkte, omdat ze vaak in meerdere huisartsenpraktijken werkzaam waren.

De WMO-consulenten zijn benaderd door naar de gemeentes te bellen om de manager van de WMO-consulenten te pakken te krijgen. Uiteindelijk was er contact met het contractbeheer. Hierna was er contact met een WMO-consulent. Van drie gemeentes werd gelijk een afwijzing gestuurd. Zowel gemeente Bronckhorst, Doetinchem als de gemeente Oude IJsselstreek zagen af van medewerking aan het onderzoek vanwege tijdsgebrek. De gemeente Aalten was erg enthousiast over het onderzoek en zag dit ook als een kans voor hun gemeente om zo meer informatie te krijgen over de zorgbehoefte. Daarnaast vonden zij het ook een nuttige manier om andere zorgaanbieders ook informatie te geven over dit onderwerp. De gemeente Berkelland heeft de vragenlijst gedeeld op het intranet van de gemeente. De gemeentes Montferland en Oost-Gelre hebben de vragenlijst ook doorgestuurd naar de WMO-consulenten. De gemeente Winterswijk zou de vragenlijst rondsturen, maar dit is nooit bevestigd. Toen alle gemeentes waren benaderd was het aantal respondenten nog te laag. Daarom zijn de WMO-consulenten ook benaderd via LinkedIn. De namen van de WMO-consulenten waren niet bekend dus dit was moeilijker zoeken. Bij LinkedIn is er de mogelijkheid om mensen te zoeken op functie in plaats van op naam. Met de zoekterm 'WMO-consulent' en daarachter de naam van de gemeente, konden de namen van de WMO-consulenten worden achterhaald. Toen de WMO-consulenten ook via LinkedIn waren benaderd, heeft Arno Vlaskamp, directeur van ARBE Dienstverlening, nog een oproep gedaan op LinkedIn naar zowel de WMO-consulenten als de POH-GGZ. Jammer genoeg heeft dit maar tot één extra respons geleid.

4.2 RESPONS VAN HET ONDERZOEK

Bij de analyse van de resultaten zijn achtentwintig WMO vragenlijsten en dertien POH-GGZ vragenlijsten gebruikt. Bij de respons van de WMO-consulenten is er vanuit 7 gemeentes gereageerd. De gemeente Oude IJsselstreek heeft een respons van 0. De gemeentes Aalten, Berkelland en Bronckhorst hadden de meeste respons, respectievelijk 5, 6 en 5. Dit staat weergegeven in tabel 1.

Het aantal benaderde WMO-consulenten via het contractbeheer is onbekend. Gegevens over het totaal aantal WMO-consulenten ontbreken. Voor het onderzoek wordt er uitgegaan van 5 tot 10 WMO-consulenten per gemeente. Helaas wilden een aantal gemeentes niet meewerken vanwege tijdsgebrek. De afwijzing van gemeentes kwam alleen via het contact met het contractbeheer. Zij vonden dat de WMO-consulenten te druk waren en wilden daarom niet mee werken. Uiteindelijk zijn een aantal WMO-consulenten uit die gemeentes toch bereid geweest om mee te werken. Deze WMO-consulenten zijn via LinkedIn benaderd. In totaal zijn er via LinkedIn 30 WMO-consulenten benaderd en 15 POH-GGZ. Een aantal POH-GGZ zijn werkzaam in meerdere huisartsenpraktijken over de gehele Achterhoek. In tabel 1 staat een overzicht van in welke gemeentes de POH-GGZ werkzaam zijn.

Tabel 1. Overzicht respons WMO-consulenten en POH-GGZ per gemeente

Gemeente	Respons WMO-consulenten	Respons POH-GGZ in huisartsenpraktijken
Aalten	5	2
Berkelland	6	2
Bronckhorst	5	0
Doetinchem	4	3
Montferland	4	2
Oost-Gelre	1	2
Oude IJsselstreek	0	4
Winterswijk	3	2
Totaal	28	13 POH-GGZ, in totaal werkzaam in 19 verschillende huisartsenpraktijken

4.3 OP WELKE LEVENSGEBIEDEN HEBBEN PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN UIT DE ACHTERHOEK DE MEESTE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING?

Om te bepalen op welke levensgebieden de psychiatrische cliënten uit de Achterhoek ondersteuning nodig hebben, worden de resultaten van de vragenlijsten geanalyseerd.

Bij berekening van het gemiddelde van alle levensgebieden komt naar voren dat de meerderheid van de cliënten géén ondersteuning nodig heeft op de levensgebieden seksualiteit en intimiteit (71,43%), eten (51,85%), alcohol (53,85%), gokproblemen (80%) en voorgeschreven medicatie of drugs (57,69%).

Daarnaast komt er slechts één levensgebied naar voren uit het onderzoek waarbij cliënten vaak ondersteuning bij nodig hebben, namelijk ondersteuning bij het huishouden (60,71%). In tabel twee staat dit weergegeven met percentages.

Tabel 2. Overzicht percentages levensgebieden waarbij nooit/vaak ondersteuning nodig is

Levensgebieden	Percentages		
	Nooit	Soms	Vaak
Seksualiteit en intimiteit	71,43%	28,57%	0%
Eten	51,85%	48,15%	0%
Alcohol	53,85%	42,31%	3,85%
Gokproblemen	80,00%	20,00%	0%
Voorgeschreven medicatie of drugs	57,69%	38,46%	3,85%
Ondersteuning bij het huishouden	7,14%	32,14%	60,71%

Bij een groot aantal van de levensgebieden heeft de meerderheid van de cliënten 'soms' de ondersteuning nodig.

Opvallend hierbij zijn de levensgebieden 'zelfvertrouwen', 'praten over wat ze hebben meegemaakt', 'hulp bij verdriet of tegenslag', 'omgaan met onverwachte situaties', 'gevoelens van eenzaamheid', 'beheren van financiën' en 'beheren van geld'. Hierbij heeft de meerderheid 'soms' ondersteuning nodig, maar is het antwoord 'vaak' wel meer gegeven dan het antwoord 'nooit'. Dit betekent dat er wel degelijk behoefte is aan ondersteuning op die levensgebieden.

Ook zijn er een aantal levensgebieden waarbij het antwoord 'nooit' vaker is gegeven dan het antwoord 'vaak'. Dit zijn de levensgebieden 'ontdekken wat hij/zij wilt in het leven', 'omgaan met stemmen horen',

‘somberheid en angsten’ en ‘werk’. Dit betekent dat er wellicht wel behoefte is aan ondersteuning op die levensgebieden, maar wel in mindere mate. Dit staat weergegeven in tabel 3.

Tabel 3. Overzicht percentages levensgebieden waarbij soms ondersteuning nodig is

Levensgebieden	Percentages		
	Nooit	Soms	Vaak
Zelfvertrouwen	14,29%	57,14%	28,57%
Praten over wat ze hebben meegemaakt	14,29%	50,00%	35,71%
Hulp bij verdriet of tegenslag	10,71%	64,29%	25,00%
Omgaan met onverwachte situaties	10,71%	67,86%	21,43%
Gevoelens van eenzaamheid	14,29%	64,29%	21,43%
Beheren van financiën	7,69%	53,85%	38,46%
Beheren van geld	3,85%	61,54%	34,62%
Ontdekken wat hij/zij wilt in het leven	25,93%	51,85%	22,22%
Omgaan met stemmen horen, somberheid en angsten	25,00%	60,71%	14,29%
Werk	32,14%	53,57%	14,29%

Daarnaast zijn er nog een aantal levensgebieden waarbij er geen duidelijke meerderheid is voor één antwoord. Dit zijn de levensgebieden: ‘uiten van gevoelens’, ‘tijdig aangeven als het slechter gaat’, ‘contact met anderen’, ‘invullen vrije tijd’, ‘voor zichzelf opkomen’, ‘dagbesteding’, ‘omgaan met ruzies en conflicten’, ‘persoonlijke verzorging’, ‘op tijd naar bed gaan en opstaan’ en ‘contact met instanties’. Deze worden niet meegenomen in het onderzoek omdat hier geen duidelijke conclusie uit kan worden getrokken.

4.4 WELKE PROBLEMATIEK HEBBEN PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN UIT DE ACHTERHOEK?

Om te bepalen welke problematiek er aanwezig is bij de psychiatrische cliënten in de Achterhoek, worden de resultaten van de vragenlijst van de POH-GGZ geanalyseerd. De problematiek in de Achterhoek wordt vergeleken met het landelijke gemiddelde.

De 13 POH-GGZ die de vragenlijst hebben ingevuld hebben in totaal 271 cliënten.

Het totaal aantal ingevulde probleemgebieden bij cliënten zijn 869. Dit betekent in dit onderzoek dat er per cliënt gemiddeld op 3,2 probleemgebieden moeilijkheden zijn.

De problematiek die volgens dit onderzoek het meeste voorkomt in de Achterhoek zijn kenmerken van angst (16,9%), slaapproblemen (16,3%), depressie (15,0%), somatische klachten (10,2%), hostiliteit (8,4%), verstandelijke beperkingen (7,0%), persoonlijkheidsstoornissen (6,0%).

Problematiek die in de Achterhoek weinig voorkomt zijn eetstoornissen (0,6%), psychotische stoornissen (0,8%), insufficiëntie van het denken en handelen (2,4%), agorafobie (3,0%), verslavingen (3,2%)

Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit (4,4%) en gedragsstoornissen/leerstoornissen (5,5%). Dit staat weergegeven in tabel 4.

Als deze gegevens vergeleken worden met het landelijke gemiddelde valt op dat angst, depressie, somatische klachten, verslavingen, verstandelijke beperkingen, gedragsstoornissen en leerstoornissen, eetstoornissen en psychotische stoornissen in de Achterhoek lager liggen dan in Nederland. Agorafobie, insufficiëntie, wantrouwen en persoonlijkheidsstoornissen komen in de Achterhoek meer voor dan in Nederland.

Tabel 4. Percentages problematiek Achterhoek en landelijk gemiddelde

Probleemgebieden	Aantallen	Percentage van totaal aantal cliënten van POH-GGZ	Percentage landelijk gemiddelde
Agorafobie	26	3,0%	0,9% (Trimbos, 2011)
Angst	147	16,9%	19,6% (Trimbos, 2011)
Depressie	130	15,0%	18,7% (Trimbos, 2011)
Somatische klachten	89	10,2%	16,0% (De Waal MW et al, 2004)
Insufficiëntie van het denken en handelen	21	2,4%	0,9% (Hulpguids, 2018)
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	39	4,4%	0,7-2,4% (Samuels, 2011)
Hostiliteit	73	8,4%	Geen informatie beschikbaar
Slaapproblemen	142	16,3%	Geen informatie beschikbaar
Verslavingen	28	3,2%	19,1% (Trimbos, 2011)
Verstandelijke beperkingen	61	7,0%	10% (Trimbos, 2010)
Gedragsstoornissen en leerstoornissen	48	5,5%	9,2% (Trimbos, 2011)
Eetstoornissen	5	0,6%	1,4% (NJI, 2014)
Psychotische stoornissen	7	0,8%	2,0–3,0% (GGZ Standaarden, z.j.)
Persoonlijkheidsstoornissen	53	6,0%	3,0% (Trimbos, 2011)

HOOFDSTUK 5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de conclusies per deelvraag besproken. Hierbij worden de hypothesen bevestigd of verworpen. Daarnaast wordt de onderzoeksvraag beantwoord. Later in het hoofdstuk volgt de discussie waarbij het onderzoek kritisch wordt beoordeeld. Als laatste volgt de aanbeveling richting de opdrachtgever.

5.1 CONCLUSIE

Met de resultaten uit het vorige hoofdstuk, en daarbij de aanvulling van het theoretisch kader, kan antwoord gegeven worden op het eerste deel van de onderzoeksvraag: “Wat is de zorgbehoefte van de cliënten uit de ambulante psychiatrische zorg in de Achterhoek.” Voordat er antwoord wordt gegeven op het eerste deel van de onderzoeksvraag worden de eerste twee deelvragen beantwoord.

DEELVRAAG 1: WELKE PROBLEMATIEK HEBBEN PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN UIT DE ACHTERHOEK?

Bij de eerste deelvraag is onderzocht wat voor psychiatrische problematiek de cliënten uit de Achterhoek hebben. Uit de resultaten van de vragenlijst die bij de POH-GGZ is afgenomen blijkt dat de meest voorkomende problematiek in de Achterhoek angst (16,9%), slaapproblemen (16,3%), depressie (15,0%), somatische klachten (10,2%), hostiliteit (8,4%), verstandelijke beperkingen (7,0%) en persoonlijkheidsstoornissen (6,0%) zijn. Uit de resultaten op basis van literatuur blijkt dat bij het onderzoek van Wiersma (2002) naar de zorgbehoefte van zorgafhankelijke personen, vooral de psychiatrische diagnoses van stemmingsstoornissen, schizofrenie, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen uit het onderzoek naar voren komen. Hierdoor kan de hypothese: “De problematiek die veel voorkomt in de Achterhoek zijn stemmingsstoornissen, schizofrenie, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen” voor een groot deel bevestigd worden. Alleen schizofrenie komt volgens het onderzoek niet vaak voor (0,8%, psychotische stoornissen). Reden hiervoor zou kunnen zijn dat de klachten van iemand met schizofrenie dermate erg zijn dat ze bij de huisarts niet doorverwezen worden naar de POH-GGZ maar naar intensievere zorg.

DEELVRAAG 2: OP WELKE LEVENSGEBIEDEN HEBBEN PSYCHIATRISCHE CLIËNTEN UIT DE ACHTERHOEK DE MEESTE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING?

Bij de tweede deelvraag is onderzocht op wat voor levensgebieden psychiatrische cliënten uit de Achterhoek ondersteuning nodig hebben. Uit de resultaten van de vragenlijst die bij de WMO-consulenten is afgenomen blijkt dat er vaak ondersteuning nodig is bij het huishouden (60,71%). Daarnaast is er soms tot vaak behoefte aan ondersteuning bij het ‘zelfvertrouwen’, ‘praten over wat ze hebben meegemaakt’, ‘hulp bij verdriet of tegenslag’, ‘omgaan met onverwachte situaties’, ‘gevoelens van eenzaamheid (dus behoefte aan opbouwen sociale contacten)’, ‘beheren van financiën’ en ‘beheren van geld’. Uit de resultaten op basis van literatuur blijkt dat de belangrijkste zorgbehoeften het opbouwen van sociale contacten en dagelijkse bezigheden zijn, daarnaast het om kunnen gaan met psychotische symptomen en ook ondersteuning krijgen bij het psychisch onwelbevinden.

De hypothese over de levensgebieden gaat over het opbouwen van sociale contacten, dagelijkse bezigheden, het om kunnen gaan met psychiatrische symptomen en ondersteuning van het psychisch onwelbevinden. Uit het onderzoek is gekomen dat gevoelens van eenzaamheid voorkomen bij de cliënten. Dit wordt verstaan als de behoefte aan het opbouwen van sociale contacten. Onder dagelijkse bezigheden wordt in dit onderzoek het huishouden en beheren van financiën/geld verstaan. Daarnaast vallen ‘praten over wat ze hebben meegemaakt’, ‘omgaan met onverwachte situaties’ en ‘zelfvertrouwen’ onder het om kunnen gaan met psychiatrische symptomen en ondersteuning bij het psychisch onwelbevinden.

Hierdoor kan de hypothese: “De levensgebieden waar de cliënten in de Achterhoek de meeste ondersteuning bij nodig hebben zijn het opbouwen van sociale contacten en dagelijkse bezigheden, het om kunnen gaan met psychiatrische symptomen en ondersteuning bij het psychisch onwelbevinden.” bevestigd worden.

EERSTE DEEL ONDERZOEKSVRAAG: WAT IS DE ZORGBEHOEFTE VAN DE CLIËNTEN UIT DE AMBULANTE PSYCHIATRISCHE ZORG IN DE ACHTERHOEK?

Aan de hand van de uitkomsten op de twee deelvragen kan er antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek. De zorgbehoefte bestaat uit twee onderdelen, namelijk de psychische problematiek en de levensgebieden. Kijkend naar de psychische problematiek in de Achterhoek kan er geconcludeerd worden dat stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen het meest voorkomen in de Achterhoek. Dit wordt geconcludeerd na het vergelijken van literatuuronderzoek met de resultaten van het onderzoek.

Als het gaat om de levensgebieden waarbij cliënten in de Achterhoek behoefte hebben aan ondersteuning, kan geconcludeerd worden dat de cliënten ondersteuning nodig hebben bij de dagelijkse bezigheden zoals het huishouden en het beheren van geld/financiën. Ook hebben ze ondersteuning nodig bij het vinden en onderhouden van sociale contacten. Ook het leren omgaan met de psychische symptomen en de ondersteuning bij het psychisch onwelbevinden is nodig. Voorbeelden hiervan die uit de resultaten van het onderzoek naar voren komen zijn ‘praten over wat ze hebben meegemaakt’, ‘hulp bij verdriet of tegenslag’ en ‘omgaan met onverwachte situaties.’ Hieronder een tabel met een overzicht van de zorgbehoefte in de Achterhoek.

Tabel 5. Overzicht zorgbehoefte Achterhoek

Zorgbehoefte	
Problematiek	Levensgebieden
Stemmingsstoornissen	Dagelijkse bezigheden
Angststoornissen	Sociale contacten
Persoonlijkheidsstoornissen	Leren omgaan met psychische symptomen
	Ondersteuning bij het psychisch onwelbevinden

5.2 DISCUSSIE

In deze paragraaf wordt een evaluatie van het onderzoek gegeven. Hierbij wordt er kritisch beoordeeld en gekeken naar de beperkingen. Dit wordt gedaan door het beschrijven van de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid.

Om achter de zorgbehoefte van de cliënten in de Achterhoek te komen, was het ondervragen van de cliënten zelf het meest valide geweest. Vanwege privacy redenen was dit onmogelijk. Daarom is ervoor gekozen om de verschillende hulpverleners (WMO-consulenten en POH-GGZ) te ondervragen, om zo toch een beeld te krijgen van de zorgbehoefte in de Achterhoek. Uit onderzoek van Trimbos (2003) naar de zorgbehoefte blijkt dat er weinig samenhang is tussen het oordeel van de cliënt en de hulpverlener over de zorgbehoefte van de cliënt. Ze rapporteren gemiddeld wel evenveel zorgbehoeften, maar de cliënten vinden deze zorgbehoeften vaker onvervuld (Trimbos, 2003). Dit betekent dat de constructvaliditeit van het onderzoek lager is doordat de hulpverleners zijn ondervraagd in plaats van de cliënten.

Voor het onderzoek is er gebruikt gemaakt van twee vragenlijsten die samengesteld zijn aan de hand van bestaande vragenlijsten. Voor de vragenlijst over de levensgebieden is een deel van de zorgbehoeftenlijst gebruikt, een betrouwbare lijst die is ontwikkeld door Trimbos. Deze zorgbehoeftenlijst is ontwikkeld voor de hulpverlener van de cliënt, wat betekent dat deze zorgbehoeftenlijst afgenomen kon worden bij de WMO-consulenten. Deze lijst is wel aangepast naar de levensgebieden waarbij ARBE ondersteuning kan bieden, waardoor er verschillende vragen uit zijn gehaald en samen zijn gevoegd. De vragen van de zorgbehoeftenlijst zijn ook aangepast. In de originele versie gaan de vragen over of de cliënt hulp krijgt bij het levensgebied, of de cliënt er hulp bij zou moeten krijgen en of de cliënt de juiste hulp krijgt. In dit onderzoek is er voor gekozen om te vragen naar of de WMO-consulent de afgelopen 30 dagen cliënten heeft gezien die ondersteuning nodig hadden op de verschillende levensgebieden. Hierdoor was de vragenlijst van de WMO-consulenten minder betrouwbaar als de originele zorgbehoeftenlijst.

Voor de vragenlijst over de problematiek is gekozen voor de schalen uit de SCL-90 omdat deze test een hoge betrouwbaarheid heeft. De SCL-90 omvat wel het hele ziektespectrum, maar nog niet alle psychische stoornissen/klachten kwamen terug in de vragenlijst. Daarom is de SCL-90 naast de DSM-4 gehouden en zijn de stoornissen die nog ontbraken toegevoegd. Doordat de vragenlijst aangepast is, is de betrouwbaarheid van de vragenlijst verminderd. Door deze stoornissen toe te voegen is wel de inhoudsvaliditeit verhoogd, omdat nu alle stoornissen voorkomen in de vragenlijst.

De vragenlijst van de WMO-consulenten heeft een respons opgeleverd van 28. Het was onduidelijk hoeveel WMO-consulenten er werkzaam waren binnen de acht gemeentes in de Achterhoek. Wel werd verwacht dat er minimaal vijf WMO-consulenten per gemeente de vragenlijst in zouden vullen. Echter doordat er een aantal gemeentes zijn waar geen of slechts een of twee de vragenlijst in hebben gevuld, is de respons lager dan verwacht. De betrouwbaarheid wordt hierdoor verminderd, omdat er geen gemiddeld beeld van de gemeentes kan worden geschetst. De gemeentes met de meeste respons bepalen nu wat de zorgbehoefte is in de Achterhoek, terwijl de zorgbehoefte in de gemeentes die niet of nauwelijks hebben gereageerd anders kan zijn.

De vragenlijst van de POH-GGZ heeft een respons opgeleverd van 13. Voor het onderzoek was de verwachte respons 40% van 30-40 POH-GGZ. Deze verwachte respons is gehaald. Hierdoor is een betrouwbaar beeld van de problematiek geschetst in de Achterhoek.

Bij het invullen van de vragenlijsten van zowel de WMO-consulenten als de POH-GGZ is er risico dat ze de vragenlijst invullen op basis van de mensen die ze die dag gezien hebben. Wanneer iemand de hele dag met depressieve mensen heeft gewerkt, zal de vragenlijst ingevuld worden alsof er heel veel depressieve mensen zijn in de Achterhoek. Dit betekent voor het onderzoek dat de interne validiteit laag zou zijn. Doordat de POH-GGZ en WMO-consulenten elke dag andere cliënten zien zal dit niet zo snel gebeuren. De ene POH-GGZ kan wel een keer een dag alleen maar depressieve mensen zien, maar dat betekent niet dat een andere POH-GGZ dat dan ook heeft op de dag van het invullen van de vragenlijst. Hierdoor wordt dat probleem voorkomen en heeft het geen gevolgen voor de interne validiteit.

Het uitgevoerde onderzoek wordt bruikbaar geacht voor ARBE, omdat er veel nuttige informatie naar voren is gekomen waardoor ARBE zich kan profileren in de Achterhoek. De informatie geeft een indicatie van de situatie in de Achterhoek, en daarnaast verschillende mogelijkheden dienstverlening nog beter in te zetten. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek en het literatuuronderzoek kunnen er aanbevelingen gedaan worden voor de opdrachtgever.

5.3 AANBEVELINGEN

In deze paragraaf worden de aanbevelingen gedaan richting de opdrachtgever ARBE. Dit wordt gedaan op basis van de onderzoeksresultaten en het literatuuronderzoek. Het doel van de opdrachtgever is om de zorgbehoefte in de Achterhoek in kaart te brengen om erachter te komen hoe ze de dienstverlening in de Achterhoek het beste kunnen gaan inzetten.

PROBLEMATIEK

Als ARBE goed wil kunnen inspelen op de problematiek in de Achterhoek, zullen zij een werkwijze moeten vinden die aansluit op de problematiek van de cliënt. Doordat er in de Achterhoek veel angst, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen voorkomen wordt er gekeken hoe ARBE op deze stoornissen haar werkwijze zo efficiënt mogelijk kan inzetten. De werkwijze van ARBE bestaat op dit moment uit de methodiek die zij gebruiken, namelijk de IMR. Echter zijn er naast de IMR nog vele andere behandelingen en modules die goed toepasbaar zijn in de psychiatrische ambulante zorg.

Als er gekeken wordt naar angststoornissen in de ambulante zorg komt uit de literatuur naar voren dat de basisinterventies voor mensen met een angststoornis: psycho-educatie, activeren en het tegengaan van vermijding en daarnaast het actief volgen van de cliënt zijn (GGZ Standaarden, 2017). Dit betekent dat informatie verstrekken aan de cliënt over de aandoening, prognose en behandelmogelijkheden van belang is. Ook het motiveren van de cliënt om actief te blijven en de angstopwekkende situaties niet vermijden zijn onderdeel van de interventie. Het is belangrijk dat de hulpverlener de cliënt tijdens de interventie actief blijft volgen. Het monitoren en een vinger aan de pols houden is nodig tijdens de interventie. Wanneer deze interventie niet het gewenste resultaat heeft motiveert de hulpverlener de cliënt voor bijvoorbeeld psychotherapie, cognitieve gedragstherapie of EMDR (GGZ Standaarden, 2017). Wanneer dat het geval is zal de hulpverlener een andere zorginstelling inschakelen die deze behandeling kan geven. In de meeste gevallen werkt ARBE met Mediant of Dimence.

Als het gaat om stemmingsstoornissen komt er uit de literatuur naar voren dat de ambulante zorg bij depressie vooral moet gaan over het verbeteren van de dagstructuur en de leefstijl (Lindt, S. van de, & Volker, D, 2011). Ook het motiveren en helpen bij het opbouwen van sociale contacten is bij depressie heel belangrijk. Het verbeteren van de dagstructuur bestaat uit het vasthouden aan een goed dag- en nachtritme. Hierbij is aandacht voor het slaappatroon heel belangrijk. Het verbeteren van de leefstijl houdt in dat de cliënt goed en gezond moet eten en drinken en meer moet bewegen (Lindt, S. van de, & Volker, D, 2011). Activity Scheduling kan helpen om de dagstructurering en een gezonde leefstijl te verbeteren. Hierbij wordt er een lijst opgesteld met 'plezierige activiteiten.' Hierdoor leren cliënten dat sommige kleine dingen al plezierig kunnen zijn. Aan de hand van deze lijst kunnen cliënten plezierige activiteiten uitkiezen en inplannen. Door na te gaan wat de stemming van de cliënt is na het doen van deze activiteiten wordt duidelijk wat voor invloed de activiteiten hebben op de stemming. Om de cliënt nog meer ontspanning te laten ervaren moet de cliënt gemotiveerd worden om meer sociale contacten te gaan opbouwen. Naast deze praktische ondersteuning hebben cliënten vaak de behoefte aan professionele hulp. Psychologische behandelingen voor depressie zijn bewezen effectief (E. Driessen et al, 2014). Bij patiënten met een depressie die geen psychotische stoornis hebben, wordt behandeling net zo effectief bevonden als antidepressiva. Daarom is het bij cliënten met depressie zeer belangrijk dat de hulpverlener van ARBE de cliënt doorverwijst naar een andere zorginstelling. De hulpverlener van de cliënt doet dit zelf zodat de communicatie met de zorginstelling het makkelijkst verloopt. Medewerkers van ARBE hebben vaak al goede contacten bij de zorginstellingen.

Bij persoonlijkheidsstoornissen is het meestal noodzakelijk om in behandeling te gaan bij een psycholoog en psychiater. Vaak bestaat de behandeling uit psychotherapie en medicatie. Voordat de behandeling kan starten is het van belang dat de cliënt een basis heeft om de behandeling vol te houden. Vaak wordt dan sociaalpsychiatrische behandeling ingezet. Dit is een ondersteunende behandelvorm die voorziet in

zorgelementen die van belang zijn voor goede uitvoering van psychotherapie. Dit betekent ondersteuning bij sociale problemen, werk en/of daginvulling of crisisinterventie. ARBE kan deze sociaalpsychiatrische behandeling toepassen.

LEVENSGEBIEDEN

De belangrijkste levensgebieden die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen zijn het huishouden, beheren van financiën/geld (dagelijkse bezigheden), sociale contacten, leren omgaan met psychische symptomen en ondersteuning bij het psychisch onwelbevinden.

Als het gaat over het huishouden ondersteunt ARBE hierin al veel. Wanneer cliënten moeite hebben met het onderhouden van het huishouden gaan de medewerkers kijken naar hoe zij de cliënt daar het beste mee kunnen helpen. Vaak maken zij samen met de cliënt een takenlijst en plannen zij samen met de cliënt deze taken in. ARBE zou dit nog kunnen verbeteren door een specifieke schoonmaakchecklist te gebruiken. Een voorbeeld hiervan is de schoonmaakchecklist van Lekkerinhetleven (2018). Deze checklist zet op een rijtje wat iemand elke dag, elke maand, elk kwartaal en elk jaar aan het huishouden moet doen. Wat ARBE ook nog kan doen om de cliënt te ondersteunen bij het huishouden is voordoen hoe het moet. Door samen met de cliënt bijvoorbeeld de was op te hangen, kleding op te vouwen, afwassen of te stofzuigen ziet de cliënt hoe het moet en ziet de cliënt gelijk het resultaat. Ook motiverende berichten richting de cliënt wat hij al gedaan heeft of dat het goed is wat hij heeft gedaan kan de cliënt helpen.

Het opdoen van nieuwe en onderhouden van oude sociale contacten is ook moeilijk voor veel cliënten. ARBE ondersteunt hierin door samen met de cliënt te gaan kijken naar activiteiten waardoor hij/zij nieuwe mensen kan ontmoeten. Vaak zijn dit sporten, vrijwilligerswerk, dagbesteding of bij een vereniging. Bij het onderhouden van sociale contacten wordt de cliënt gemotiveerd om meer contact te zoeken en te houden. Vaak zijn cliënten teleurgesteld in het verleden en durven ze geen contact meer te zoeken. Door de positieve en negatieve gevolgen op een rijtje te zetten proberen ze de cliënt te motiveren om toch weer contact te zoeken. ARBE zou meer aandacht kunnen besteden aan de sociale vaardigheden van cliënten. Vaak heeft dat er ook veel mee te maken. Cliënten weten niet hoe ze mensen moeten benaderen. Aanbevolen wordt om een sociale vaardigheidstraining aan te bieden aan cliënten die hier behoefte aan hebben. Een voorbeeld van een sociale vaardigheidstraining is die van STMR (z.j). Zij bieden een sociale vaardigheidstraining aan voor volwassenen. Deze bestaat uit acht bijeenkomsten van twee uur waarbij cliënten leren omgaan met lastige sociale situaties, ze nieuw gedrag aanleren en deze leren toepassen in de praktijk.

Het leren omgaan met psychische symptomen en ondersteuning bij het psychisch welbevinden is een groot onderdeel van de ambulante begeleiding die cliënten krijgen. ARBE doet dit door middel van de IMR. ARBE zou meer kunnen gaan doen met psycho-educatie. Cliënten weten vaak niet precies wat stoornissen betekenen en wat bijvoorbeeld de symptomen zijn. Het zou goed zijn voor de kennis van de medewerkers om aandacht te besteden aan de verschillende stoornissen zodat de medewerkers dit nog beter kunnen overdragen aan hun cliënten. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden bij de deskundigheidsbevordering.

METHODIEK

Wat betreft de methodiek is de aanbeveling op basis van dit onderzoek dat de methodiek die ARBE nu gebruikt, de IMR, effectief is als methodiek bij de psychiatrische cliënten in de Achterhoek. Uit het onderzoek komt namelijk duidelijk naar voren dat de methodiek niet bepalend is voor het beste herstel van een cliënt, maar dat zelfmanagement belangrijk is in een methodiek. Daarom kan de hypothese: "Het soort werkwijze dat goed is binnen de ambulante psychiatrische zorg zijn de methodieken die gebaseerd zijn op zelfmanagement" bevestigd worden.

De IMR is gebaseerd op de strategieën van zelfmanagement en is effectief gebleken. Daarom kan ARBE de IMR gewoon blijven gebruiken. Naast de IMR is ook de SRH die de RIBW gebruikt, effectief gebleken. Ook

deze methodiek maakt gebruik van zelfmanagement en lijkt veel op de IMR. Deze methodiek zou ARBE ook kunnen gaan inzetten voor de zorg. Naast het inzetten van een methodiek gebaseerd op zelfmanagement wordt aanbevolen om de zorgmodule Zelfmanagement 1.0 van het CBO aan de medewerkers uit te delen en hier als organisatie iets mee te doen. Deze zorgmodule leert medewerkers hoe zij cliënten kunnen ondersteunen, welke instrumenten beschikbaar zijn en hoe zelfmanagement verwerkt kan worden in het zorgproces van een cliënt. Voor ARBE zou het nuttig zijn om het onderwerp zelfmanagement naar voren te laten komen tijdens deskundigheidsbevordering. Hierbij kan de zorgmodule Zelfmanagement 1.0 een ondersteunende rol hebben. In deze zorgmodule wordt duidelijk hoe medewerkers de cliënten kunnen ondersteunen, welke instrumenten daarvoor beschikbaar zijn en hoe de zelfmanagement kan worden geïntegreerd in het zorgproces van de cliënt.

ROL TOEGEPAST PSYCHOLOOG

Dit onderzoek is geschreven voor de opleiding Toegepaste Psychologie. De rol van de Toegepast Psycholoog (TP'er) is er zeker voor ARBE. Uit het literatuuronderzoek is namelijk gebleken dat de TP'er een van de opleidingen is die nodig is voor het uitvoeren van het werk als ambulant psychiatrisch hulpverlener. Daarnaast heeft een TP'er vergeleken met bijvoorbeeld MWD of SPH een voordeel als het gaat om gespreksvoering. TP'ers zijn hierin een stuk beter opgeleid, en hebben hier dus meer kennis en ervaring mee. TP'ers weten daarnaast ook veel over klinische psychologie, dus over stoornissen, behandeling en nazorg. Dit geeft ze een voordeel bij het begeleiden van cliënten. TP'ers zijn zeker een goede toevoeging voor een zorginstantie als ARBE, omdat ze veelzijdig zijn opgeleid en hierdoor de cliënten goed begrijpen en kunnen ondersteunen.

BRONNENLIJST

ABWZ (2010). *Trechtermodel*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <http://www.awbz.info/AWBZ/trechter.htm>

Andersen (1995). *Revisiting the behavioral model of access to medical care: Does it matter?*

Geraadpleegd op 28 december 2017:

https://www.jstor.org/stable/2137284?seq=1#page_scan_tab_contents

ARBE (2018). *Psychiatrische- en ambulante thuiszorg*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.arbe.nl/psychiatrische-en-ambulante-thuiszorg/>

Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., et al. (2001). *Assertive Community Treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. Disease Management & Health Outcomes*, 9, 141-159.

Bradshaw (1972). *Jonathan Bradshaw on Social Policy*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/JRB.pdf>

British journal of Psychiatry (1995). *The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4B38566EED4DC1474EDF3186B10C5DA4/S0007125000075577a.pdf/camberwell_assessment_of_need_the_validity_and_reliability_of_an_instrument_to_assess_the_needs_of_people_with_severe_mental_illness.pdf

Burns, T, Knapp, M, Catty, J, Healey, A, Henderson, J, Watt, H, Wright, C. (2001). *Home treatment for mental health problems: a systematic review*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/15441/1/FullReport-hta5150.pdf>

Buwalda, V.J.A., Draisma, S., Smit, J.H., Swinkels, J.A., van Tilburg, W. (2011). *Validering van twee meetinstrumenten voor routine outcome monitoring in de psychiatrie: de horvan-studie*

Geraadpleegd op 28 december 2017:

http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP11-10_p715-726.pdf

CBO (2014). *Zorgmodule Zelfmanagement 1.0*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: https://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/wp-content/uploads/2016/02/Zorgmodule_Zelfmanagement_1.0.pdf

Cialdini, R (2016). *De 6 geheimen van het overtuigen*. Amsterdam: Boom uitgevers

De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert AM. *Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders*. Br J Psychiatry 2004;184:470-6.

Dimence (z.j.). *Psycho-educatie*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.dimence.nl/behandelingen/psycho-educatie>

E. Driessen, P. Cuijpers, S.D. Hollon, H.L. Van, J.J.M. Dekker (2014). *De effectiviteit van psychologische behandelingen voor depressie: een overzicht van nieuwe onderzoeks- bevindingen*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-7-artikel-driessen.pdf>

GGNet (2017). *Actieplan herstel voor iedereen!*

Geraadpleegd op 28 december 2017:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZgMbT4U3DeoJ:www.herstelvooriedereen.nl/wp-content/uploads/2017/05/Herstel-voor-iedereen-meerjarenactieplan-notitie-GGNet-versie-2.docx+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>

GGNet (z.j.). *Zorgbehoeften: Camberwell Assessments of Need (CAN)*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.ggnet.pbworks.com/f/CAN.doc>

GGZ Nieuws (2014). *Herstel ondersteunende geestelijke gezondheidszorg draagt bij aan de participatie samenleving*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.ggznieuws.nl/home/herstel-ondersteunende-geestelijke-gezondheidszorg-draagt-bij-aan-de-participatie-samenleving/>

GGZ Standaarden (2017). *Individueel zorgplan en behandeling*.

Geraadpleegd op 28 december 2017:

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/individueel-zorgplan-en-behandeling>

GGZ Standaarden (z.j.). *Specifieke omschrijving psychotische stoornissen*.

Geraadpleegd op 28 december 2017:

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/specifieke-omschrijving-psychotische-stoornissen>

Hulpguides (2018). *Obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: [https://hulpguides.nl/informatie/ziektebeelden/obsessieve-compulsieve-en-verwante-stoornissen/obsessieve-compulsieve-stoornis-\(dwangstoornis\)/](https://hulpguides.nl/informatie/ziektebeelden/obsessieve-compulsieve-en-verwante-stoornissen/obsessieve-compulsieve-stoornis-(dwangstoornis)/)

Lekker in het leven (2018). *Schoonmaaktchecklist*

Geraadpleegd op 28 december 2017:

<https://www.lekkerinhetleven.nl/thuis/schoonmaken/schoonmaakchecklist>

LHV (2017). *Huisartsen: problemen in de GGZ groter dan ooit*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-problemen-de-ggz-groter-dan-ooit>

Magnée, T (2017). *Mental health care in general practice in the context of a system reform*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <http://hdl.handle.net/11370/9683d959-ddea-4e53-996b-53aac35f0e03>

McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2014). Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65 (2), 171 – 9. doi :10.1176/appi.ps.201200274

Meije, D.M.G. (2016). *Zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/04/Generieke-module-zelfmanagement.pdf>

Movisie (2013). *Verkenning methoden maatschappelijk werk*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Verkenning_methoden_AMW%20%5BMOV-716365-00%5D.pdf

Movisie (2014). *Het 8-fasenmodel*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/8-fasenmodel%20%5BMOV-1980174-1.0%5D.pdf>

Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Clancy, R., Clancy, D.M., Salyers, M.P. (2006). *The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings*.

Geraadpleegd op 28 december 2017:

https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/32/suppl_1/S32/1914735

Nationale Beroepengids (z.j.) *WMO-consulent worden*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: https://www.nationaleberoepengids.nl/WMO_consulent

Nivel (2009). *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen: een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenzorg*.

Geraadpleegd op 28 december 2017:

<https://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=1001828>

NJI (2014). *Cijfers over eetstoornissen*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.nji.nl/pdf/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en.../Eetstoornissen?...>

Parie, L. E. (2017). *Op eigen kracht. De relatie tussen zelfmanagement, zorgbehoeften en kwaliteit van leven nader bekeken* (Master's thesis).

Phelan, M., Slade, M. Et al. (1995) *The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness*. British Journal of Psychiatry, 167, 589-595

Pichot, P.J. (1997). *d s m - i i i and its reception. A European view*. American Journal of Psychiatry, 154 (suppl. 6), 47-54.

Place, C., Van Vugt, M., Kroon, H., Neijmeijer, L. *Modelbeschrijving Forensische (F)ACT*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://assets.trimbos.nl/docs/e7fa29ca-bb6c-4415-9c26-18ec5511cffa.pdf>

Psychosenet (z.j.) *ACT en FACT*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.psychosenet.nl/behandeling/act-en-fact/>

RIBW (z.j.). *Herstelondersteunende begeleiding*.

Geraadpleegd op 28 december 2017:

<https://www.ribwavv.nl/samenwerkingspartners/herstelondersteunend/>

Samen voor de klant (2018). *Inclusie bevorderen met Supported Employment*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.samenvoordeklant.nl/pdf/--nieuws--inclusie-bevorderen-met-supported-employment/pagina.pdf>

Samuels J. Personality disorders: Epidemiology and public health issues. International Review of Psychiatry. 2011;23(3):223-233.

SLADE, M. (1994) *Needs assessment: who needs to assess?* British Journal of Psychiatry, 165, 287 -292

Steverink, 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

STMR (z.j.) *Sociale vaardigheidstraining voor volwassenen.*

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.stmr.nl/Ons-aanbod/Cursussen-en-trainingen/Sociale-vaardigheidstraining-voor-volwassenen.aspx>

Tielemans, L.I.G. en de Jong, C.A.J. (2007). *Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg.*

Geraadpleegd op 28 december 2017:

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231341_EN_NL06_Case%20managers%20in%20de%20VZ.pdf

Trimbos (2003). *De zorgbehoeftenlijst: een vragenlijst voor het meten van zorg- en rehabilitatiebehoeften bij mensen met ernstige psychische stoornissen.*

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://assets.trimbos.nl/docs/eb27ee78-3920-45bf-b0a4-deb385b47f37.pdf>

Trimbos (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ.*

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://assets.trimbos.nl/docs/03ba0f96-2fe5-4e69-b891-4c910c6a5ff4.pdf>

Trimbos (2011). *GGZ in tabellen.*

Geraadpleegd op 28 december 2017. <https://assets.trimbos.nl/docs/0dd9e8b1-4a0e-4a1b-91d2-03c2711886d8.pdf>

Trimbos (2012). *Liberman Module Omgaan met psychotische symptomen.*

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/87580d35-3443-491d-aa90-6a91e4e17693.pdf>

Trimbos (2013). IMR. *Werkblad beschrijving interventie.*

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/ead5f84a-bb7c-429f-bc00-dfbcd989698a.pdf>

Trimbos (2015). *Ambulantisering in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek.*

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://assets.trimbos.nl/docs/fee99b91-06d7-49fd-874f-acabef8004eb.pdf>

Trimbos (2015). *Assertive Community Treatment.*

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/assertive-community-treatment>

Trimbos (2017). *Ambulantisering in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek.*

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://assets.trimbos.nl/docs/fee99b91-06d7-49fd-874f-acabef8004eb.pdf>

Trimbos (2017). *De gemeente en maatschappelijke ondersteuning: wat vinden mensen met aanhoudende psychische problemen ervan?*

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://assets.trimbos.nl/docs/8dee78f8-bef4-4e78-95a4-5f91c1d286b5.pdf>

Trimbos (2017). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://assets.trimbos.nl/docs/3c0ea839-ee7c-4427-b393-8e7819afa323.pdf>

U-center (z.j.). *Preventie in de praktijk. De rol van de huisarts bij psychische klachten*.

Geraadpleegd op 28 december 2017:

https://www.ucenter.nl/download?utm_source=mediatic1&utm_medium=persbericht1&utm_campaign=professionals+pdf+download

Van Arkel, R (Z.J.). *Ambulante zorg*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.reiniervanarkel.nl/specialismen/ambulante-zorg>

Van der Stel, J. (2001). *Case Management en Verslaving*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: http://jaapvanderstel.nl/wp-content/uploads/Casemanagement_verslaafden_2001.pdf

Veldhuizen JR van, Bähler M, Polhuis D, e.a. *Handboek FACT*. Utrecht: de Tijdstroom; 2008.

Van Vugt, M.D., Van Veldhuizen, J.R., Bähler, M., Delespaul, P.H., Huffels, N., Mulder, C.L., Nijboer, G., Overdijk, M., Kroon, H (2011). *Ontwikkeling van een modelgetrouwheidsschaal voor functie-assertive community treatment (FACT)*

Geraadpleegd op 28 december 2017:

http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP11-02_p119-124.pdf

Wiersma (2002). *Zorgbehoeften bij chronisch psychiatrische patiënten in de huisartspraktijk; gedeelde verantwoordelijkheid met de GGZ*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.ntvg.nl/artikelen/zorgbehoeften-bij-chronisch-psychiatrische-patiënten-de-huisartspraktijk-gedeelde/volledig>

Lindt, S. van de, & Volker, D. (2011). *Eindtekst voor de zorgstandaard depressie*: juni 2011, versie 5.0.

Utrecht: Werkgroep en Expertgroep zorgstandaard Depressiepreventie, voor deze Trimbos-instituut.

Zorgwijzer (2014). *ABWZ: Alle wijzigingen op een rij*.

Geraadpleegd op 28 december 2017: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>

BIJLAGES

BIJLAGE 1: EIGENWERKVERKLARING

Ondergetekende:

Rosemarijn van Zeijderfeld

verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding,
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Safe Assign (Blackboard).

Plaats: Deventer

Datum: 07-01-2019

Handtekening:

Rosemarijn van Zeijderfeld

N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST WMO-CONSULENTEN

Gemeente:

Naam WMO-consulent:

Datum:

Hoe vaak kwam het de afgelopen 30 dagen voor dat cliënten in uw caseload ondersteuning nodig hadden bij de volgende levensgebieden:

Levensgebied	Nooit	Soms	Vaak
1. Zelfvertrouwen	☐	☐	☐
2. Uiten van gevoelens	☐	☐	☐
3. Ontdekken wat cliënt wilt in uw leven	☐	☐	☐
4. Praten over wat cliënt heeft meegemaakt	☐	☐	☐
5. Omgaan met verdriet of tegenslag	☐	☐	☐
6. Omgaan met stemmen horen, somberheid, angsten	☐	☐	☐
7. Omgaan met onverwachte situaties	☐	☐	☐
8. Tijdig aangeven als het slechter gaat	☐	☐	☐
9. Contact met anderen	☐	☐	☐
10. Eenzaamheid	☐	☐	☐
11. Invullen vrije tijd	☐	☐	☐
12. Voor zichzelf opkomen	☐	☐	☐

13. Dagbesteding	O	O	O
14. Omgaan met ruzies en conflicten	O	O	O
15. Werk	O	O	O
16. Seksualiteit en intimiteit	O	O	O
17. Persoonlijke verzorging	O	O	O
18. Eten	O	O	O
19. Huishouden runnen	O	O	O
20. Op tijd naar bed gaan en opstaan	O	O	O
21. Beheren van financiën	O	O	O
22. Beheren geld	O	O	O
23. Contacten met instanties	O	O	O
24. Omgaan met alcohol	O	O	O
25. Omgaan met gokproblemen	O	O	O
26. Omgaan met niet voorschreven medicijnen of drugs	O	O	O

Noem uit de levensgebieden hierboven maximaal 5 levensgebieden waar de ondersteuning van de zorgverleners tekortschiet of ontbreekt en waar verbetering gewenst is.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Wat kan er bij de ondersteuning op deze levensgebieden verbeterd worden?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

BIJLAGE 3: VRAGENLIJST POH-GGZ

Naam huisartsenpraktijk:

Naam POH-GGZ:

Plaats:

Datum:

Gemiddeld aantal cliënten per week:

Hoeveel cliënten heeft u de afgelopen 30 dagen in de praktijk gezien met de volgende psychische klachten/stoornissen

Psychische klachten/stoornissen	Aantal cliënten (vul getal in)
27. Kenmerken van agorafobie	
Disproportionele reactie van vrees in open ruimten, in openbare gelegenheden en bepaalde plaatsen, waarbij de persoon zich zwak voelt, bang is niet op een vertrouwde ander te kunnen steunen, of bang is de beheersing over zijn aanwezigheid te verliezen.	
28. Kenmerken van angst	
Verhoogde arousal, algemene symptomen zoals zenuwachtigheid, spanning, alsook specifieke zoals paniekaanvallen en rusteloosheid. Als cognitieve componenten: onheilsgevoelens en angstige gedachten en voorstellingen. Aanduiding voor gegeneraliseerde angst	
29. Kenmerken van depressie	
Neerslachtige stemming, onvermogen te genieten, verlaagde zelfwaardering, gedachten van schuld, hulpeloosheid, dood en zelfmoord. Ook lichamelijke symptomen zoals verlies van eetlust, gebrek aan energie en vermindering van seksuele interesses	
30. Kenmerken van somatische klachten	
Klachten die vaak samenhangen met psychogene of stres gerelateerde problemen	
31. Kenmerken van insufficiëntie van het denken en handelen	
Gedachten, impulsen en problemen bij het uitvoeren van dwanghandelingen. Vooral problemen in het cognitief functioneren staan centraal.	
32. Kenmerken van wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	
De onvrede kan zowel naar buiten worden geprojecteerd (vijandige houding) als een gevoel van persoonlijke inadequatie en inefficiëntie in het contact met anderen	
33. Kenmerken van hostiliteit	

Gedachten, gevoelens of gedragingen die kenmerkend zijn voor de negatieve gemoedstoestand van woede

34. Kenmerken van slaapproblemen

Moeilijkheid om in slaap te vallen, te vroeg wakker worden en een onrustige of gestoorde slaap.

35. Kenmerken van verslavingen

Alcoholverslaving, drugsverslaving, medicijnverslaving, seksverslaving, gameverslaving, gokverslaving

36. Kenmerken van verstandelijke beperkingen

Problemen met leren en gedrag, minder goed in staat om dagelijkse situaties en stresssituaties het hoofd te bieden

37. Kenmerken van gedragsstoornissen en leerstoornissen

ADHD, ADD, Autisme, ODD, CD

38. Kenmerken van eetstoornissen

Anorexia nervosa, Boulimia nervosa

39. Kenmerken van psychotische stoornissen

Schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, wanen, hallucinaties

40. Kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen

Paranoïde, schizoïde, schizotypisch, antisociaal, teatraal, borderline, narcistisch, ontwijkend, obsessief-compulsief, afhankelijk

Overige psychische klachten/stoornissen die nog ontbreken:

BIJLAGE 4: LEVENSGEBIEDEN VRAGENLIJST WMO-CONSULENTEN

Schalen uit de zorgbehoeftenlijst van Trimbos (2003) die gebruikt worden voor het onderzoek

1. Zelfvertrouwen
2. Uiten van gevoelens
3. Ontdekken wat cliënt wilt in zijn/haar leven
4. Praten over wat cliënt heeft meegemaakt
5. Omgaan met verdriet of tegenslag
6. Omgaan met stemmen horen, somberheid, angsten
7. Omgaan met onverwachte situaties
8. Tijdig aangeven als het slechter gaat
9. Contact met anderen
10. Eenzaamheid
11. Invullen vrije tijd
12. Voor zichzelf opkomen
13. Dagbesteding
14. Omgaan met ruzies en conflicten
15. Werk
16. Seksualiteit en intimiteit
17. Persoonlijke verzorging
18. Eten
19. Huishouden runnen
20. Op tijd naar bed gaan en opstaan
21. Beheren van financiën
22. Beheren geld
23. Contacten met instanties
24. Omgaan met alcohol
25. Omgaan met gokproblemen
26. Omgaan met niet voorgeschreven medicatie of drugs

BIJLAGE 5: PLAN VAN AANPAK

Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek kan door ARBE een aantal stappen worden ondernomen. Hieronder volgen verschillende suggesties om het plan vorm te geven.

Ten eerste kan ARBE zich proberen te onderscheiden van andere zorgorganisaties in de Achterhoek door zich te specialiseren in de problematiek en levensgebieden die veel voorkomen in de Achterhoek. Dit kan gedaan worden door de medewerkers tijdens deskundigheidsbevordering op het werk informatie te geven over de stoornissen die het meest voorkomen in de Achterhoek, namelijk stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Naast informatie over de stoornissen zelf is het vooral van belang dat de medewerkers weten hoe ze met deze stoornissen om moeten gaan.

Ook wordt aangeraden om de medewerkers nog meer kennis te laten vergaren over zelfmanagement. Doordat zelfmanagement heel belangrijk is binnen de methodiek die ARBE gebruikt, is het belangrijk dat medewerkers weten hoe je dit toe kan passen. Daarom wordt aangeraden om de zorgmodule Zelfmanagement 1.0 van het CBO te gebruiken.

BIJLAGE 6: STELLINGEN

1. ARBE heeft geen enkele kans om groter te worden in de Achterhoek.
2. Uiteindelijk kan alle intramurale zorg vervangen worden voor ambulante zorg.
3. Cliënten krijgen altijd ondersteuning op de gebieden waar zij om vragen.
4. Alle instellingen die ambulante zorg bieden moeten dezelfde methodiek gebruiken.
5. Cliënten met stemmingsstoornissen, angst en persoonlijkheidsproblematiek moeten altijd doorverwezen worden naar een instelling voor behandeling omdat ARBE hier niet voldoende in kan voorzien.

BIJLAGE 7: VÓÓRKOMEN VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN IN DE NEDERLANDSE BEVOLKING VAN 18 - 64 JAAR (TRIMBOS, 2011)

Tabel 1.1 Vóórkomen van psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking van 18 - 64 jaar (ooit in het leven, op jaarbasis) (in procenten) (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

	Ooit in het leven			Op jaarbasis		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Stemmingsstoornis^a	14,4	25,9	20,1	4,8	7,4	6,1
Depressieve stoornis	13,1	24,3	18,7	4,1	6,3	5,2
Dysthymie	0,6	2,0	1,3	0,4	1,3	0,9
Bipolaire stoornis	1,2	1,4	1,3	0,7	1,0	0,8
Angststoornis^a	15,9	23,4	19,6	7,7	12,5	10,1
Paniekstoornis	2,8	4,7	3,8	1,0	1,5	1,2
Agorafobie zonder paniekstoornis	0,4	1,4	0,9	0,2	0,6	0,4
Specifieke fobie	5,5	10,3	7,9	3,5	6,6	5,0
Sociale fobie	7,7	10,9	9,3	3,2	4,4	3,8
Gegeneraliseerde angststoornis	3,6	5,4	4,5	1,3	2,2	1,7
Middelenstoornis^a	27,7	10,3	19,1	7,6	3,6	5,6
Alcoholmisbruik	21,9	6,6	14,3	5,6	1,8	3,7
Alcoholafhankelijkheid	3,1	0,9	2,0	1,0	0,5	0,7
Drugsmisbruik	4,8	2,7	3,8	0,9	0,8	0,9
Cannabismisbruik*	3,5	1,2	2,3	0,6	0,2	0,4
Drugsafhankelijkheid	3,0	1,5	2,2	0,8	0,7	0,7
Cannabisafhankelijkheid*	2,1	0,6	1,4	0,4	0,1	0,3
Enigerlei aandachtstekort- of gedragsstoornis**	11,8	6,5	9,2	2,9	1,2	2,1
ADHD**	4,4	1,5	2,9	2,9	1,2	2,1
Gedragsstoornis**	7,4	3,8	5,6	-	-	-
Oppositieel-opstandige gedragsstoornis**	3,2	2,0	2,6	-	-	-
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	4,3	1,7	3,0	-	-	-
Alle onderzochte psychische stoornissen tezamen^a	44,7	42,3	43,5	17,7	18,4	18,0